

DOMANDA DI ADESIONE

**Convenzioni amministrative per cure infermieristiche ambulatoriali e a domicilio secondo OPre 7:
Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI) – tarifsuisse ag,
ASI – HSK, ASI – CSS, convenzione tariffaria dell'ASI con le assicurazioni federali (AINF, AM, AI),
rappresentati in seno alla Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM)**

Ho preso conoscenza delle convenzioni sopra citati e desidero aderirvi:

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

CAP:

Luogo:

Telefono:

E-Mail:

Contrassegnare p.f. ciò che fa al caso e rispondere:

- Sono membro dell'ASI.
- Non sono membro dell'ASI.

- Adesione per il cantone di:
- Ho allegato una copia dell'autorizzazione cantonale per l'esercizio.
- Ho allegato una copia dell'autorizzazione cantonale come fornitore di prestazioni a carico dell'AOMS.

Riconosco esplicitamente le condizioni delle convenzioni, in particolare le modalità di fatturazione e il regolamento sulle tasse, e autorizzo l'ASI di pubblicare il mio cognome, indirizzo postale e elettronico, telefono e numero RCC nelle liste degli infermieri indipendenti e di comunicarlo a clienti, servizi sociali e partner nel sistema sanitario.

Luogo e data:

Firma: