

Domanda di affiliazione attiva

Presentiamo domanda di ammissione come **membro attivo** (articolo 5 degli statuti) presso
H+ Gli Ospedali Svizzeri

Istituzione:

Indirizzo:

Casella postale:

NPA/Località:

Cantone:

Telefono:

e-mail:

www:

Dati relativi all'istituzione:

Si prega di indicare le **persone responsabili** dei settori elencati di seguito:
(Nome, Cognome, Funzione, Telefono, e-mail):

Direzione:

Comunicazione:

Qualità:

www.spitalinformation.ch:

Contabilità

Servizio del personale:

Ecologia:

Negoziazioni tariffari:

Consultazioni H+:

Si prega di indicare l'**organo responsabile**, la **forma giuridica**, la **categoria H+** e il **raggruppamento H+** dell'istituzione:

Organo resp.:

Forma giuridica:

Raggruppamento:

Categoria:

Se sono disponibili, si prega di fornire gli **indicatori** elencati di seguito per l'anno passato:

Letti:

Dimissioni:

Giorni di cura:

Si prega di fornire le informazioni aggiuntive elencate di seguito::

Numero RIS:

Numero GLN:

Si

No

Il suo ospedale appartiene a un gruppo di cliniche?

Se sì, quante sedi ha il gruppo di cliniche?

Si

No

L'istituzione dispone di un **mandato cantonale**?

Si prega di allegare alla richiesta di ammissione l'eventuale documentazione complementare (rapporto annuale, organigramma, estratto del registro di commercio, opuscoli informativi ecc.) relativa all'istituzione.

Confermo/Confermiamo di aver ricevuto gli statuti e di aver preso atto dei diritti e degli obblighi in vigore al momento dell'affiliazione conformemente agli articoli 4-20.

Acconsento/Acconsentiamo acciocché H+ Gli Ospedali Svizzeri utilizzi i dati della statistica medica e amministrativa degli ospedali e delle istituzioni socimediche dell'Ufficio federale di statistica UST.

Si prega di stampare il formulario compilato, firmarlo e inviarlo all'indirizzo sotto riportato.

Data:

Timbro/firma/e:

Inviare il formulario a:

H+ Gli Ospedali Svizzeri, Amministrazione dei membri, Lorrainestrasse 4a, 3013 Bern