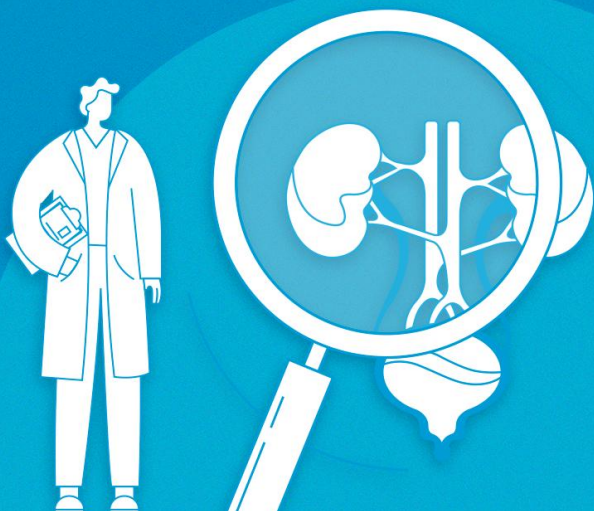




BOLLINO AZZURRO

LA RETE DI OSPEDALI PER LA SALUTE MASCHILE

3° EDIZIONE – BANDO 2027-2028

Fac-simile modulo di registrazione 2027-2028

Per gli ospedali del circuito Bollino Rosa 2026-2027 e del circuito Bollino Azzurro 2025-2026: per agevolare la compilazione del modulo di registrazione online alcuni campi sono stati precompilati con i dati attualmente in possesso di Fondazione Onda ETS. Vi chiediamo la cortesia di controllarli e, laddove necessario, di modificarli/completarli con quelli corretti.

I campi contrassegnati con l'asterisco sono tutti obbligatori.

ATTENZIONE: prima di procedere con la compilazione del modulo di registrazione si richiede di indicare se il versamento da parte dell'ospedale del contributo biennale di 500 euro come rimborso spese per la gestione del Bando sarà effettuato tramite:

- **donazione** ☐
- **fattura** ☐

Avviso solo per gli ospedali pubblici: prima di compilare il modulo di registrazione verificare con la propria amministrazione se per l'emissione della fattura da parte di Fondazione Onda ETS sono necessari **numero dell'ordine d'acquisto/convenzione/CUP/CIG** e in tal caso si richiede di **inviare l'ordine tramite NSO** (nodo di smistamento degli ordini d'acquisto). **ATTENZIONE:** qualora non si rispetti questa richiesta proseguendo ugualmente con la compilazione sino ai dati di fatturazione, il sistema **non** consentirà l'invio del modulo compilato e le informazioni inserite **non** saranno salvate.

Dati ospedale

Codice ministeriale*	
Nome struttura* (ATTENZIONE □ inserire il nome completo dell'ospedale preceduto se necessario da quello dell'Azienda di riferimento a livello amministrativo – es. ASL, USL, AULSS, ASST, ecc.)	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
E-mail generica* (ATTENZIONE □ questa mail sarà pubblicata nella scheda dell'ospedale sul sito del Bollino Azzurro a disposizione dell'utenza, pertanto, si richiede di <u>NON</u> inserire un indirizzo mail nominale o PEC)	
Sito WEB* (ATTENZIONE □ indicare l'indirizzo del sito web dell'ospedale completo di https://...)	
Totale posti letto accreditati*	

Allegare □ il **regolamento** del Bollino Azzurro scaricabile tra gli allegati disponibili nella seguente pagina <https://bollinoazzurro.it/area-per-ospedali/bando-bollino-azzurro-27-28> timbrato e firmato dal Direttore Generale e in formato PDF (max 5 Mb) e **un'immagine dell'ospedale** (non si accettano foto di ambienti interni – es. reparti, sale operatorie, ambulatori) in formato JPG/JPEG o PNG (risoluzione minima 800x600 px - max 5 Mb).

Confermare di aver visionato l'Allegato 1 (Informativa sulla privacy) contenuto nel regolamento:

☐ **ho visionato l'Allegato 1 (Informativa sulla privacy) contenuto nel regolamento**

Dati Direttore Generale (ATTENZIONE □ i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro)

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Cellulare	
E-mail* (ATTENZIONE □ specificare l'indirizzo mail della segreteria di Direzione)	
Altra e-mail (es. indirizzo personale del Direttore Generale, altra mail della segreteria di Direzione)	

Dati Direttore Sanitario (**ATTENZIONE** □ i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro)

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Cellulare	
E-mail* (ATTENZIONE □ specificare l'indirizzo mail della segreteria di Direzione)	
Altra e-mail (es. indirizzo personale del Direttore Sanitario, altra mail della segreteria di Direzione e/o della Direzione sanitaria di presidio)	

Dati Direttore Socio-Sanitario (**ATTENZIONE** □ i contatti devono riferirsi al luogo di lavoro)

Nome	
Cognome	
Indirizzo	
CAP	
Comune	
Provincia	
Regione	
Telefono	
Cellulare	
E-mail (ATTENZIONE □ specificare l'indirizzo mail della segreteria di Direzione)	
Altra e-mail (es. indirizzo personale del Direttore Socio-Sanitario, altra mail della segreteria di Direzione)	

Dati Referente Bollino Azzurro (**ATTENZIONE** □ per gli ospedali del circuito Bollino Rosa 2026-2027 i contatti riportati coincidono con quelli del Referente Bollino Rosa. Per tutti gli altri ospedali, si chiede di compilare tutti i campi con i dati del Referente Bollino Azzurro, figura di riferimento per Fondazione Onda ETS designata dall'ospedale, per la gestione della procedura di candidatura al Bando, per l'invio di comunicazioni inerenti alle proprie attività e alle iniziative riguardanti il network organizzate nel corso del biennio di validità del 'Bollino' e per eventuali spedizioni di materiale stampato o altro. I contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro).

Nome*	
Cognome*	
Ruolo*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	

Altro telefono	
Cellulare	
E-mail* (ATTENZIONE □ importante per la candidatura al Bando e per successive comunicazioni da parte di Fondazione Onda ETS)	
Altre e-mail (es. altri uffici/segreterie)	
Ulteriori dati Referente Bollino Azzurro per spedizioni (ATTENZIONE □ i dati indicati devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS durante il biennio di validità del 'Bollino' per effettuare eventuali spedizioni di materiale stampato o altro (es. targa di riconoscimento, brochure, poster, leaflet)	
C/o*	
Palazzina/Edificio*	
Piano*	
Interno/ufficio*	
Note	

Dati Referente clinico Bollino Azzurro (ATTENZIONE □ i contatti indicati devono riguardare una figura clinica designata dall'ospedale come riferimento scientifico per Fondazione Onda ETS per l'iniziativa Bollino Azzurro per tutto il periodo di validità del 'Bollino' e devono riferirsi al luogo di lavoro).

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. altra mail del Referente clinico Bollino Azzurro, segreteria di Reparto)	

Dati Referente Ufficio stampa/comunicazione (ATTENZIONE □ i contatti indicati devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS durante il biennio di validità del 'Bollino' per l'invio di eventuali comunicazioni inerenti alle proprie attività e alle iniziative riguardanti il circuito Bollino Azzurro).

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	

Altro telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. altri uffici/segreterie)	

Dati Referente URP (**ATTENZIONE** □ i contatti indicati devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS durante il biennio di validità del ‘Bollino’ per l’invio di eventuali comunicazioni inerenti alle proprie attività e alle iniziative riguardanti il circuito Bollino Azzurro).

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. altri uffici/segreterie)	

Dati Referente amministrativo (**ATTENZIONE** □ i contatti indicati devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS per eventuali chiarimenti sulla donazione/fatturazione/pagamento della quota di partecipazione al Bando Bollino Azzurro).

Nome*	
Cognome*	
Ufficio di riferimento* (es. Contabilità/Ragioneria)	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. indirizzo personale del Referente amministrativo, altre mail della segreteria/uffici competenti)	

Dati per emissione ricevuta (**ATTENZIONE** □ da compilare solo se per l'effettuazione del versamento è stata selezionata la modalità 'donazione')

Ragione sociale*	
Indirizzo*	
Comune*	
CAP*	
Provincia*	
P.IVA*	
Codice fiscale*	
E-mail* (ATTENZIONE □ importante per il recapito della ricevuta da parte di Fondazione Onda ETS)	

Dati per emissione fattura (**ATTENZIONE** □ da compilare solo se per l'effettuazione del versamento è stata selezionata la modalità 'fattura')

Ragione sociale*	
Indirizzo*	
Comune*	
CAP*	
Provincia*	
P.IVA*	
Codice fiscale*	
Aliquota IVA* (modificare il valore solo in caso di applicazione di altri regimi IVA diversi dal 22%)	
Riferimento normativo (indicare il riferimento normativo solo se è stata modificata l'aliquota IVA)	

Indicare la tipologia di ospedale:

Pubblico ☐

Privato convenzionato ☐

Per gli ospedali pubblici

Codice Univoco PA fatturazione elettronica* (è un codice composto da 6 caratteri alfanumerici, non deve contenere spazi e deve essere scritto in carattere maiuscolo)	
Indirizzo PEC	
Esigibilità IVA*	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ immediata (Art. 6 comma 5 primo periodo DPR 633/72) ☐ differita (Art. 6 comma 5 secondo periodo DPR 633/72) ☐ split payment (Art. 17-ter DPR 633/72)

Prima di proseguire con la compilazione e l'invio del modulo indicare se è stato verificato con la propria amministrazione che per l'emissione della fattura da parte di Fondazione Onda ETS sono necessari **numero dell'ordine d'acquisto/convenzione/CUP/CIG** e in tal caso se **l'ordine è stato inviato tramite NSO** (nodo di smistamento degli ordini d'acquisto):

Sì, ho verificato, sono necessari e l'ordine è stato inviato tramite NSO* ☐

Sì, ho verificato e non sono necessari ☐

No, non ho ancora verificato (non è possibile proseguire con la compilazione del modulo di registrazione e i dati immessi fino a questo punto non saranno salvati, si prega quindi di uscire dal form cliccando sulla X del browser di riferimento e di rivolgersi quanto prima alla propria amministrazione per le opportune verifiche richieste) ☐

*Se sono necessari e il numero dell'ordine è stato inviato tramite NSO, per agevolare il processo amministrativo di emissione della fattura da parte di Fondazione Onda ETS, si richiede di riportare qui di seguito i seguenti dati trasmessi tramite NSO:

Numero dell'ordine di acquisto* (inviarlo con il codice ID Peppol 0210:05041450965)	
Data ordine*	
CUP (Codice Unico di Progetto)	
CIG (Codice Identificativo di Gara)	

Per gli ospedali privati

Codice destinatario per la fatturazione elettronica* (è un codice composto da 7 caratteri alfanumerici, non deve contenere spazi e deve essere scritto in carattere maiuscolo. Verificare se il proprio Ente ne è in possesso. Solo in caso contrario digitare sette zeri 0000000)	
Indirizzo PEC (se non si possiede il codice destinatario è obbligatorio indicare l'indirizzo PEC registrato per ricevere le fatture elettroniche)	
Note (indicare eventuali esigenze particolari relative solo alla fatturazione – es. applicazione dello split payment)	