



Regione
Lombardia

ASL Brescia

Azienda Sanitaria Locale di Brescia

Viale Duca degli Abruzzi, 15 - 25124 Brescia (BS)

**SISTEMA DI INTERSCAMBIO INFORMATIVO VIA WEB CON I FORNITORI
MODULO DI ADESIONE**

Il sottoscritto _____, C.F. _____

Rappresentante legale dell'Azienda / Ente _____

con sede in _____

P.I. _____

aderisce al

**SISTEMA DI INTERSCAMBIO INFORMATIVO VIA WEB CON I FORNITORI
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BRESCIA**

al fine di conoscere **lo stato delle proprie fatture**, ed in particolare:

- ∞ interrogare la propria scheda fornitore per conoscere le fatture contabilizzate, e per ognuna di esse, il relativo stato di avanzamento nell'iter di pagamento;
- ∞ avere informazioni di vario tipo su ogni fattura (nr. di protocollo, data di protocollo, data fattura, importo, ecc.);
- ∞ avere informazioni sul mandato di pagamento;
- ∞ effettuare ricerche e selezioni di vario tipo sulle proprie fatture (es. ricerca di una singola fattura, selezione delle fatture comprese in un certo periodo, selezione di tutte le fatture pagate o non pagate, ecc.).

Impegnandosi

a conservare ed a modificare periodicamente la password personale che verrà rilasciata a seguito della presente adesione, nel rispetto delle disposizioni di cui alla Legge 675/96 sul trattamento dei dati personali ed a quanto previsto dal D.lgs 196/2003 sulle misure minime di sicurezza, al fine di osservare un corretto comportamento nel trattamento dei dati di carattere personale e talvolta sensibili, nonché nell'utilizzo degli strumenti informatici e telematici messi a disposizione.

Accettando che

L'Azienda Sanitaria Locale di Brescia può in ogni momento a propria discrezione valutare l'opportunità di ritiro della password nei confronti del fornitore.

_____ (luogo), _____ (data)

TIMBRO E FIRMA
DI ACCETTAZIONE