



**REGIONE PUGLIA**  
**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA**  
Consorziale Policlinico

Bari - Piazza Giulio Cesare 11  
AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Rappresentante legale dell'Azienda \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ (al quale verrà trasmessa ogni comunicazione inerente il Sistema di Interscambio compresi username e password per l'attivazione)

**chiede di aderire al**

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

dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico di Bari

al fine di conoscere **lo stato delle proprie fatture**

Impegnandosi

a conservare e 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.P.R. n. 318/99 sulle misure minime di sicurezza, nonché nell'utilizzo degli strumenti informatici e telematici messi a disposizione.

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DI ACCETTAZIONE

\_\_\_\_\_

La richiesta deve essere compilata su carta intestata del fornitore, debitamente sottoscritta dal legale rappresentante e inoltrata a mezzo fax al numero 080/5593029 oppure tramite e-mail all'indirizzo: [agrf.segreteria@policlinico.ba.it](mailto:agrf.segreteria@policlinico.ba.it) dell'Area Gestione Risorse Finanziarie dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Consorziale di Bari.