



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 dell'Area Gestione Risorse Finanziarie dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Consorziale di Bari.