

<b>DOMANDA DI ADESIONE</b>
----------------------------

**Convenzioni amministrative per cure infermieristiche ambulatoriali e a domicilio secondo OPre 7:  
Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI) – tarifsuisse ag,  
ASI – HSK, ASI – CSS, convenzione tariffaria dell'ASI con le assicurazioni federali (AINF, AM, AI),  
rappresentati in seno alla Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM)**

---

**Ho preso conoscenza delle convenzioni sopra citati e desidero aderirvi:**

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

CAP:

Luogo:

Telefono:

E-Mail:

**Contrassegnare p.f. ciò che fa al caso e rispondere:**

Sono membro dell'ASI.

Non sono membro dell'ASI.

Adesione per il cantone di:

Ho allegato una copia dell'autorizzazione cantonale per l'esercizio.

Ho allegato una copia dell'autorizzazione cantonale come fornitore di prestazioni a carico dell'AOMS.

**Riconosco esplicitamente le condizioni delle convenzioni, in particolare le modalità di fatturazione e il regolamento sulle tasse, e autorizzo l'ASI di pubblicare il mio cognome, indirizzo postale e indirizzo elettronico, telefono e numero RCC nelle liste degli infermieri indipendenti e di comunicarlo a clienti, servizi sociali e partner nel sistema sanitario.**

Luogo e data:

Firma: