



Oggetto: Proposta di Collaborazione

Egr. Dott.re ,

sono il dr. Antonio Magliocca, CEO della "BMC HEALTH SOLUTIONS h24 srls", P.IVA 01404180521, Via Del Pozzo, 30, Monteriggioni (SI), società sanitaria e di servizi operante su tutto il territorio italiano.

Abbiamo il piacere di inviarLe la presente per illustrarLe le modalità operative della nostra proposta di collaborazione.

La nostra società ha instaurato importanti rapporti contrattuali con primarie Compagnie Assicuratrici nazionali ed internazionali per i cui assicurati, organizza e gestisce prestazioni sanitarie (sia domiciliari che ambulatoriali), assistenziali e di trasporto sanitario attraverso la propria struttura interna.

Per l'erogazione delle suddette prestazioni la nostra società, si avvale della propria rete di centri servizi territoriali e attiva collaborazioni con numerosi altri professionisti delle arti sanitarie e con strutture di cura specializzate.

La collaborazione proposta, di natura libero professionale, prevede la corresponsione di un compenso onorario stabilito preventivamente al momento della proposta occasionale di collaborazione.

Tale proposta verrà fatta al professionista mediante contatto telefonico negli orari di reperibilità del medico (orari indicati nella scheda anagrafica di adesione).

Per la collaborazione in oggetto non Le viene richiesto alcun obbligo minimo di prestazione o di reperibilità, ma solo la disponibilità a ricevere le nostre richieste di prestazione, ovviamente valutando di volta in volta la reale disponibilità di effettuazione.

In caso di accettazione verrà inviato al numero di cellulare indicato dal professionista la presa in carico formale con i dati sensibili relativi al suddetto incarico (nome e cognome del paziente, indirizzo, sintomi riferiti, data ed orario della visita); tale prestazione dovrà essere effettuata nell'arco di tempo di 3 (TRE) ore salvo diversi accordi intercorsi al momento dell'accettazione del suddetto incarico.

Una volta effettuato l'incarico, il professionista dovrà inviare entro 120 minuti (2 ore) il referto medico mediante invio di un sms al numero 349/8804362 indicando: anamnesi, esame obiettivo, diagnosi e prescrizione ed eventuale trattamento effettuato in loco.

In caso di impossibilità ad inviare via mail, il format compilato (preferibilmente in stampatello per una miglior comprensione della scrittura) può essere inviato al fax aziendale n: **0577/50481**

Successivamente entro giorno trenta dello stesso mese il professionista dovrà inviare alla mail aziendale o a quella del referente, la fattura riportando i dati dell'incarico svolto, precedentemente comunicati dalla centrale operativa e riportato nel format suddetto.

I dati relativi alla società per la fatturazione saranno riportati in ogni format di ogni incarico accettato/assegnato.

Il pagamento verrà espletato dopo circa ... giorni (da concordare) per mezzo bonifico bancario sul c/c del professionista (IBAN da indicare nella scheda anagrafica di adesione)

Nel caso Lei fosse disponibile a collaborare con la nostra società, La preghiamo di inviarci la scheda di adesione allegata debitamente compilata, timbrata e sottoscritta per accettazione.



Le precisiamo che fino a diversa comunicazione, provvederemo ad inserire il Suo nominativo come “prioritario” per la relativa zona di competenza.

Il dr. Antonio Magliocca e la dott.ssa Rosa Maria Magliocca, sono gli incaricati allo svolgimento operativo della collaborazione e sono a Sua disposizione per ogni ulteriore informazione ai numeri 0823/966694 e al 3347626747 (info@assistenzamedicah24.it)

Nell’attesa di un cortese cenno di riscontro, che ci auguriamo dia esito positivo, cogliamo l’occasione per porgere i nostri più cordiali saluti.

DR ANTONIO MAGLIOCCA
Direttore sanitario BMC health solutions h24

SCHEDA ANAGRAFIA DI ADESIONE

Io sottoscritto dott./dott.ssa:

Nato a: _____ il: _____

Residente a: _____

Iscritto all’Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontaiatri di: _____ al n. _____

Cod. Reg. n. _____

Laureato in data: _____

Abilitato in data: _____

Sono disponibile a collaborare nei dettagli sopra descritti con la Vs Società e mi rendo disponibile ad effettuare visite ambulatoriali e/o domiciliari nella zona di mia competenza secondo le mie disponibilità senza alcun vincolo di reperibilità e/o prestazione.

Zona di competenza: _____

Orari di reperibilità: _____

Mi impegno, inoltre, una volta accettato l’incarico proposto (incarico proposto per via telefonica dalla centrale o/o dal responsabile operativo), ad effettuare la prestazione non oltre le ore 3 (TRE) dalla chiamata (salvo diversi accordi) e di inviare via mail o fax report dettagliato della visita effettuata.

Sarà mio obbligo inviare inoltre alla SV fattura dell’incarico effettuato entro giorno 30 dello stesso mese al fine di ricevere il compenso economico pattuito attraverso bonifico bancario.



I dati di cui il professionista incaricato verrà in possesso durante l'espletamento degli incarichi effettuati per conto della BMC HEALTH SOLUTIONS h24 srls sono di natura assolutamente ed esclusivamente confidenziale e da utilizzare solo al fine di espletamento dell'incarico.

Non è possibile l'uso degli stessi per usi di lucro personale (con danno relativo alla società BMC HEALTH SOLUTIONS h24 srls) o la trasmissione a terzi dei suddetti. In caso contrario BMC HEALTH SOLUTIONS h24 srls si riserva di agire contro il trasgressore nelle sedi opportune.

IBAN PER SALDO FATTURE:

In fede

Data:

TIMBRO E FIRMA DEL PROFESSIONISTA

In allegato alla seguente proposta di collaborazione si prega di apporre carta di identità, certificato di abilitazione/specializzazione, RC professionale.