

Spett.le
FASI
Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa
c.a. DIREZIONE

Via Vicenza, 23
00185 ROMA RM

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

Il Fondo/Cassa: _____

domiciliato in: _____

in qualità di erogatore di assistenza sanitaria integrativo al FASI per i propri iscritti, chiede di essere accreditato presso di Voi affinché i propri iscritti possano, ad ogni richiesta di prestazione rivolta al FASI stesso, autorizzare la comunicazione dell'avviso di liquidazione allo scrivente Fondo/Cassa, in via telematica, nella forma da Voi definita, non appena le prestazioni siano poste in liquidazione.

Prende atto che il FASI si riserva, a suo insindacabile giudizio, di accogliere la presente richiesta di accreditamento, di cui verrà data espressa conferma.

IL Fondo/Cassa Sanitaria espressamente solleva il FASI da qualunque sua responsabilità conseguente all'erogazione del Servizio reso, e che viene fornito a titolo gratuito in favore del Fondo/Cassa Sanitaria e dei suoi iscritti, e pertanto dichiara di assumersi, senza alcuna riserva e /o eccezione, ogni e qualunque rischio dipendente dal summenzionato servizio e che possa derivargli, o derivare ai propri iscritti, a seguito di disfunzioni anche imputabili al FASI, quali, a titolo puramente esemplificativo, eventuali ritardi nella trasmissione dei dati, trascrizioni imprecise, errori materiali o tecnici nella trasmissione telematica dei dati stessi, obbligandosi a tenere indenne e manlevare da ogni e qualunque responsabilità conseguente, sia diretta che indiretta, il FASI medesimo.

Data

Timbro e Firma

Per ogni necessità di comunicazione **e per la trasmissione delle credenziali di accesso** alla propria area riservata, Vi preghiamo di rivolgerVi a:

Nome: _____

e-mail: _____

Telefono: _____