

**SCHEDA OFFERTA servizi S.A.A.S. CLOUD4uS
(riservata ai medici di recente convenzione)**

Dott./Dott.ssa: _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo di fatturazione:

Configurazione preventivata:

CLOUD4US

Advanced Package comprensivo di:

- Modulo Gestione ed Invio Certificati Telematici (invio certificati INPS)
- Modulo malattie croniche
- Modulo Malattie rare
- Modulo Gestione prestazioni aggiuntive (gestione PIPP ADI ADP)

Professional Package comprensivo di:

- Modulo Data Sharing (utile per la condivisione dei dati)
- Modulo Reportistica Avanzata

Modulo Fatturazione

Add On Regionale

DATI DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE

Io sottoscritto _____ Dichiaro di:

 ESSERE ISCRITTO ALLA SEZIONE SNAMI DELLA PROVINCIA DI _____

DAL MESE DI _____ DELL'ANNO _____

In fede _____ (firma del sottoscrittore)

Offerta economica, anno 2019, riservata agli iscritti SNAMI di recente ingresso nella convenzione (da non più di 11 mesi):

€ 100,00 + IVA (canone annuale), attivazione inclusa

NOTA: Il corrispettivo annuo relativo ai Servizi S.A.A.S. cloud4uS sarà corrisposto contestualmente alla sottoscrizione del contratto. Per il conteggio dei 12 mesi si terrà in considerazione il mese di inizio convenzione. Il canone è da calcolare in dodicesimi a partire dal mese di sottoscrizione conteggiato per intero.

(esempio: il medico è entrato in convenzione nel mese di Febbraio 2019, sottoscrive il contratto di fornitura di Cloud4Us nel mese di Settembre 2019. In questo caso, l'offerta è utilizzabile per la durata di mesi 5, da settembre 2019 a gennaio 2020 e il costo del canone sarà di € 41.65 + IVA)

Io sottoscritto _____

Dichiaro che la data di ingresso in convezione è: _____ (allego alla presente offerta la relativa documentazione)

Richiedo di essere attivato sulla piattaforma Cloud4Us per i seguenti mesi

- 1 mese canone pari a € 10,16 (€ 8,33 + IVA)
- 2 mesi canone pari a € 20,33 (€ 16,66 + IVA)
- 3 mesi canone pari a € 30,50 (€ 24,99 + IVA)
- 4 mesi canone pari a € 40,65 (€ 33,32 + IVA)
- 5 mesi canone pari a € 50,81 (€ 41,65 + IVA)
- 6 mesi canone pari a € 60,98 (€ 49,98 + IVA)
- 7 mesi canone pari a € 71,14 (€ 58,31 + IVA)
- 8 mesi canone pari a € 81,30 (€ 66,64 + IVA)
- 9 mesi canone pari a € 91,46 (€ 74,97 + IVA)
- 10 mesi canone pari a € 101,63 (€ 83,30 + IVA)
- 11 mesi canone pari a € 111,79 (€ 91,63 + IVA)
- 12 mesi canone pari a € 122,00 (€ 100,00 + IVA)

LCS
FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PER ACCETTAZIONE DELL'OFFERTA

_____, ____/____/____
(indicare luogo di residenza) (data)

(Timbro e firma)