

CONVENZIONE CON MEDICO ODONTOIATRA per prestazioni in regime privatistico

Con il presente documento, si conviene una collaborazione tra:

L'Associazione "Dentisti Senza Frontiere" Onlus, con sede legale a Pontedera (PI), Italia, in Via Salvo D'Acquisto n° 42, Part. Iva 02333820500, in persona del legale rappresentante, Sig. Angelo Russo, nato a Teverola (CE), il 14/11/1963, domiciliato per la carica presso la sede legale della predetta Associazione (d'ora in poi la "Committente") e

1. il Dr. _____, nato a _____ il _____, C.F. _____, iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di _____, assicurato per la responsabilità professionale con polizza contratta con _____, n. _____, con massimale di €. _____, in regola con l'aggiornamento in materia di radioprotezione richiesta dall'art 7 d.lgs 187/00 e nel possesso del certificato attestante l'avvenuto aggiornamento (d'ora in poi "Professionista")

2. Struttura sanitaria: _____ con rilascio Autorizzazione n° _____ rilasciata in data _____ da Comune di _____ in persona del suo Legale Rappresentante Sig./Sig.ra _____

PREMESSA

1. La Committente è una struttura apolitica, non ha scopo di lucro e persegue in modo esclusivo la finalità di utilità sociale per rendere accessibile la prevenzione della salute orale e l'attuazione delle necessarie terapie odontoiatriche anche a coloro che si trovano in condizioni di bisogno.

2. Il Professionista, condividendo i nobili scopi perseguiti dalla Committente, dichiaratosi nel possesso dei requisiti di cui alle Linee Guida predisposte dalla Associazione "Dentisti Senza Frontiere" Onlus nonché pronto al rispetto di quanto previsto in dette Linee Guida, ha rappresentato la propria volontà di collaborare con l'Associazione, dichiarando che tutte le prestazioni effettuate presso il proprio studio verranno eseguite da medici odontoiatri iscritti all'albo di appartenenza e che le manovre di igiene e prevenzioni verranno effettuate da igieniste abilitate.

Tanto premesso,

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

1. La premessa, le allegate "Linee Guida" ed il tariffario, sono parte integrante, sostanziale ed essenziale nell'ambito delle pattuizioni di questo accordo.

2. **Accordo di collaborazione, relativa durata e/o proroga e recesso**

Il Professionista, con la sottoscrizione della presente convenzione, accetta l'incarico di svolgere, prevalentemente presso il proprio studio dentistico situato in _____,

o Struttura Sanitaria situata in _____
tutte le attività di cura odontoiatrica in favore degli associati dell'Associazione Committente, secondo i piani di trattamento organizzati dall'Associazione Committente e secondo i prezzi di cui al tariffario allegato, qui sin da ora espressamente accettati e condivisi dal Professionista.

L'incarico ha inizio dalla sottoscrizione della presente convenzione e per la durata necessaria all'esecuzione delle prestazioni di cui ai vari piani di trattamento sopra predisposti dalla Committente nel periodo di un anno dalla sottoscrizione della presente convenzione.

L' accordo in oggetto non sarà rinnovabile tacitamente, salvo facoltà di rinegoziazione del rapporto alla sua scadenza. Le parti espressamente convengono che, in ogni caso è in loro facoltà recedere anticipatamente dal presente accordo, salvo l'obbligo per il Professionista di ultimare quelle prestazioni già assunte verso gli associati.

3. Modalità di esecuzione della prestazione e relativa natura

3.1 Il Professionista eseguirà le proprie prestazioni in regime di piena autonomia, senza alcun vincolo di natura subordinata, garantendo che la prestazione sarà eseguita a regola d'arte. Il rapporto si configura come di natura libero professionale ed è pertanto disciplinato dagli artt. 2229 e sgg c.c. nonché dalla specifica normativa di settore.

3.2 Gli importi delle prestazioni eseguite dal Professionista convenzionato, saranno al medesimo direttamente corrisposti dall'associato/paziente nel rispetto dei prezzi di cui al tariffario.

3.3 Il Professionista solleva l'Associazione da ogni responsabilità amministrativa, giuridica e penale, diretta ed indiretta, derivante da incidenti e contenziosi di qualsiasi origine e natura, che venissero a verificarsi con riferimento alle prestazioni rese in regime della presente convenzione.

4. Responsabilità del professionista e Manleva della Committente

4.1 Il Professionista si obbliga espressamente a manlevare la Committente da ogni e qualsiasi responsabilità nella quale la Committente dovesse incorrere per fatto e colpa del Professionista e dei suoi ausiliari.

4.2 Il Professionista assume espressamente l'obbligo di rimborsare ogni e qualsiasi danno provocato agli associati/pazienti per suo fatto o colpa o suoi ausiliari, nell'ambito del rapporto collaborativo con la Committente oggetto della presente convenzione.

5. Disposizioni in materia di privacy

5.1 Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016, le parti, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 di detto Decreto, si autorizzano al trattamento reciproco dei dati personali conferiti nell'ambito della presente scrittura necessari per l'esecuzione degli obblighi contrattuali e per lo svolgimento delle attività connesse. Nel caso in cui, per lo svolgimento delle predette attività, sia necessario acquisire informazioni o dati di terzi, sarà cura di ciascuna delle parti provvedere autonomamente all'invio dell'informativa, nonché alla raccolta del consenso ove dovuto.

5.2 Il Professionista autorizza in particolare l'Associazione a pubblicare i propri dati nell'area del proprio sito web della Committente, nella propria app., nonché nelle proprie pubblicazioni ovvero sui siti di altri Partner dell'associazione committente, riconoscendo anche l'indiretta funzione pubblicitaria in favore della propria attività.

6. Contributo del Professionista all'Associazione

6.1. Il Professionista, con la sottoscrizione della presente convenzione, a titolo di ulteriore contributo a supporto dell'attività istituzionale dell'Associazione, riconosce altresì alla Committente la somma pari al 10% (oltre Iva) dell'importo complessivo del piano di trattamento relativo al singolo associato che la Committente ha affidato alle cure del Professionista. Tale contributo verrà corrisposto ad ogni versamento effettuato dall'associato al Professionista, sul seguente conto corrente bancario intestato a: **DENTISTI SENZA FRONTIERE ONLUS**,
C/C: **IT72N0523271130000000016208** Banca Popolare di Lajatico, filiale Il Romito.



7. Accordo di riservatezza

Il Professionista, sia nel corso della durata del presente Accordo, che successivamente, garantisce che le informazioni della Committente di cui verrà a conoscenza saranno estremamente riservate e non potranno essere in alcun modo, utilizzate o divulgate per nessun proposito che non sia per quello connesso all'espletamento della prestazione oggetto del presente accordo.

8. Modifiche

Qualunque integrazione e/o modifica alle disposizioni del presente accordo dovrà essere tassativamente, pattuita in forma scritta, a pena di nullità.

9. Foro competente

Si elegge, quale Foro esclusivamente competente per la risoluzione di qualsiasi controversia relativa all'interpretazione e/o alla applicazione e/o all'esecuzione del presente accordo, il Foro di Pisa.

Documento composto da n° 3 pagine compresa questa delle firme per l'accettazione della Convenzione.

Pontedera, il _____

Letto confermato e sottoscritto

L'Associazione _____

DENTISTI SENZA FRONTIERE ONLUS
VIA S. D'ACQUISTO 42/0020 PONTEDERA PI
P.IVA 02333820500

Il Professionista _____

Il Responsabile Legale della struttura _____

Via Salvo D'Acquisto 42 56025 - Pontedera (PI) - P.IVA: 02333820500

Inscr. Albo delle Associazioni n°32915, 14/06/2019 - e-mail: segreteria@dentistisenzafrontiere.it - Nr.: 800.809.040