

FAC SIMILE

Dichiarazione di evidenza al rispetto dei requisiti di Integrazione al MPI

Il Sottoscritto [Nome][Cognome] legale rappresentante della Ditta [Ragione Sociale Ditta]

DICHIARA

che il sistema offerto nell'ambito della gara "RIS-PACS AVEC" e relativamente all'integrazione con il "Master Patient Index" è conforme alle specifiche di cui ai seguenti documenti:

#2 Integrazione con Anagrafe Centralizzata_Ver 4.4.pdf

[Luogo] li Data [Data]

Il Legale Rappresentante Ditta [Ragione
Sociale Ditta]
[Nome] [Cognome]
[Firma]