**FAC-SIMILE CONTRATTO DI PRESTAZIONE SANITARIA**

|  |
| --- |
| - la Dott.ssa  - Nata a  - Residente a  - Con studio sito in  - C.F.:  - P.Iva:  - Polizza assicurativa R.C. Terzi e Professionale stipulata con  - Iscritto all’Albo sez. A presso l’Ordine degli Psicologi della Calabria al n.  - E-mail:  - Pec:  - Mobile: |

di seguito denominato per brevità “Professionista”

e

|  |
| --- |
| - Il Sig.  - nato a  - residente a  - C.F.:  - E-mail:  - Pec:  - Mobile: |

di seguito denominata per brevità “Cliente”

**Premesso che**

- il cliente dichiara di aver ricevuto l’Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell’articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

**Convengono quanto segue**

**Art. 1** - **Efficacia delle premesse del contratto**

1. La premessa costituisce parte integrante della presente scrittura.

**Art. 2 - Conferimento e oggetto dell’incarico**

1. Il Cliente, conferisce al Professionista, che accetta, l’incarico per lo svolgimento dell’attività di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. Il Cliente dichiara di essere stato adeguatamente informato dal Professionista della complessità dell’incarico;

3. Il Cliente dichiara di essere stato informato dal Professionista di tutte le circostanze prevedibili al momento della stipulazione del contratto;

4. Il Professionista si impegna ad informare per iscritto il Cliente di circostanze non prevedibili al momento della stipulazione del contratto che determinano un aumento dei costi.

**Art. 3 - Frequenza e durata degli incontri**

1. Gli incontri avverranno presso lo studio del Professionista in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Avranno una durata di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minuti e la frequenza sarà settimanale, salvo diversi accordi dipendenti dalla complessità del trattamento.

**Art. 4 - Corrispettivo**

1. Le parti pattuiscono il seguente corrispettivo per l’opera del Professionista a prestazione fissa (esente IVA ex art. 10 DPR 633/72):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prestazione: | C.P. Enpap 2%: | Marca da bollo: | **Totale:** |

2. Il compenso, liberamente determinato, come sopra fissato è ritenuto dalle parti adeguato all’importanza dell’opera.

3. La corresponsione dell’importo indicato avverrà al termine di ciascuna seduta tramite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (contanti, bonifico, POS ecc);

**Art. 5 - Trasmissione dati dati relativi alle spese sanitarie**

□ Il Cliente si oppone alla trasmissione al SistemaTS ai sensi dell’art. 3 del DM 31-07-2015

□ Il Cliente non si oppone alla trasmissione al SistemaTS ai sensi dell’art. 3 del DM 31-07-2015

Si allega:

- copia documento identità del Cliente.

Luogo e data

Firma del Cliente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Professionista

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_