



ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A  
CARATTERE SCIENTIFICO

BARI

UNITA' OPERATIVA QUALITA' E RISK-MANAGEMENT  
DETERMINAZIONE

Raccolta Particolare dell' U.O. Qualità e Risk-Management Determinazione n. <u>14</u> del <u>10.04.2014</u>	Raccolta Generale delle Determinazioni Determinazione n. <u>209</u> del <u>10.04.2014</u>
---	--

**OGGETTO: Pagamento contributo alle spese di cui al D.M.S. (26.02.2010)  
per l'accreditamento come Provider di questo Ente.**

L'anno duemila quattordici il giorno dieci  
nel mese di aprile nel proprio Ufficio,

**IL RESPONSABILE DELL'U.O.  
QUALITA' e RISK-MANAGEMENT  
Dr.ssa Patrizia NARDULLI**

Vista la nota prot.n.08/2013/ORFS del 13.03.2013 con la quale l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, a firma del Direttore dott. Felice Ungaro, ha comunicato a questo Istituto l'accoglimento della documentazione da noi prodotta ai fini dell'accreditamento provvisorio ECM della validità di 24 mesi e quindi ha espresso il proprio parere positivo confermando al nostro Istituto il numero assegnato quale 31;

Visto che con la stessa nota l'ORFS ha comunicato le coordinate postali e bancarie utili al versamento del contributo alle spese di cui al Decreto Ministro della Salute del 26.02.2010 previsto per l'accreditamento del nostro Istituto come Provider per un importo pari ad € 2.582,28 da versare ad Age.Na.S tramite bonifico bancario indicando come codice IBAN: IT69U0100003245348300150983;

Visto che nel 2013 con determinazione n. 197 del 24.04.2013 il nostro Istituto ha versato all'A.ge.Nas un contributo pari ad € 2.582,28 per l'accreditamento del nostro Istituto come Provider per l'anno 2013;

Vista la necessità del versamento del contributo di cui sopra per l'anno 2014 in quanto la validità dell'accreditamento degli eventi/progetti del nostro Istituto in qualità di Provider, è subordinata al versamento del contributo alle spese;

### **DETERMINA**

- Liquidare e corrispondere, in favore di **Age.Na.S** l'importo di **€ 2.582,28** specificando in causale "ECM R04 - Versamento ai sensi della L. 388/00 art. 92, c.5 e della L.244/07, art.2 c. 358 lett.a) D.M. della Salute 26.02.2010 – accreditamento provider 31" da effettuare tramite bonifico bancario indicando come codice IBAN: **IT69U0100003245348300150983**;
- Precisare che la cifra totale di **€ 2.582,28** trova imputazione sul conto economico 7121000005 del Bilancio 2014, giusta deliberazione n.513 del 09.12.2013;
- Trasmettere copia della presente determinazione all'Area Gestione Risorse Finanziarie per quanto di competenza;

**Il Responsabile del Procedimento**  
**Legge 241/1990**  
**Collaboratore Amministrativo Professionale**  
**f.to: Dott.ssa Annamaria QUARANTA**

**IL RESPONSABILE DELL' U.O.**  
**QUALITA' E RISK-MANAGEMENT**  
**f.to: Dr.ssa Patrizia NARDULLI**

---

## ANNOTAZIONI CONTABILI

---

---

Il Dirigente

---

---

---

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente determinazione è stata pubblicata, ai fini dichiarativi, all'Albo di questo Istituto per gg. 5 consecutivi

Dal 10.04.2014 al In corso

Bari, 10.04.2014

Il Responsabile del Procedimento  
L'Assistente Amministrativo  
f.to: Francesco Lopopolo

---

---

**Per copia conforme.**

Bari, \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Gianluca Capochiani

---