



Prot. n. 192/AP
Napoli, 3 Agosto 2015

**Ai tutti i Centri
Associati ASPAT
Macroarea Riabilitazione ex art. 26
della ASL Salerno
Loro Sedi**

**Oggetto : Proposta associativa di adozione nota in risposta a comunicazione
ASL Salerno prot. 437/2015**

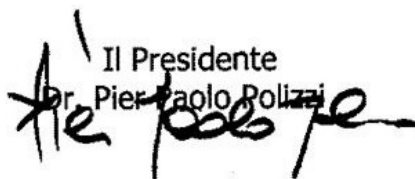
Egr. Associati,

in ordine a quanto in oggetto, Vi proponiamo di adottare la nota allegata (in formato word) che, su Vs. carta intestata, dovrà essere inviata, a mezzo pec, alla ASL Salerno, segnatamente agli Uffici sistema Informativo, Servizio Economico Finanziario e Servizio Affari Legali, ed ancora, al Direttore Responsabile del distretto Sanitario di appartenenza.

Vi esortiamo, infine, a farci avere copia di detta nota per gli eventuali successivi interventi associativi.

Mille cordialità.

Il Presidente
Dr. Pier Paolo Polizzi

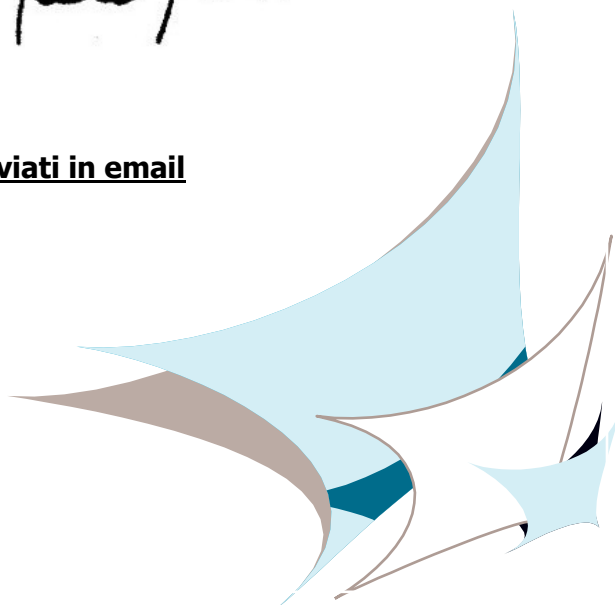


N.B. Gli allegati alla presente nota sono stati inviati in email

**Aspat Campania
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon
80143 NAPOLI

Telefono 081 7345053 Fax 081 7345679
E-mail aspatinforma@gmail.com
Web www.aspatcampania.it



CARTA INTESTATA DEL CENTRO

Luogo, data

Alla Dr.ssa Antonia Scaramuzza
Responsabile Sistema Informativo ASL SALERNO
flussispesa@pec.aslsalerno.it

p.c. Al Direttore
Servizio Economico Finanziario ASL SALERNO
bilancio@pec.aslsalerno.it

Al Direttore
Servizio Affari Legali ASL SALERNO
aflegali@pec.aslsalerno.it

Al Direttore Responsabile
del Distretto Sanitario di Base n. _____
pec_____

Al Presidente ASPAT
Dr. Pier Paolo Polizzi
Sede
aspat@pec.it

**Oggetto: Assistenza Riabilitativa ex art. 26 anno 2014. Ricalcolo fatturato ai sensi del DCA
153/2014 secondo quanto disposto attraverso nota ASL Salerno prot. 437/2015.**

Ill.ma Dr.ssa Scaramuzza,
in relazione a quanto in oggetto, **Le alleghiamo**, in uno alla presente, **Atto di Invito e Diffida ex L.
241/90** (all. 1), redatto dalla propria Associazione di Categoria ASPAT, finalizzato alla sospensione
ad horas di tutti i procedimenti applicativi del DCA 153/2014, superato dall'Accordo transattivo di cui
al DCA 49 del 27/5/2015, **al quale la scrivente Società aderisce in pieno.**

Pertanto, debba considerarsi **la presente comunicazione**, conosciuta in copia dal Distretto Sanitario di appartenenza, **anche come diniego alla richiesta di produzione di relativa nota credito per l'anno 2014** (all. 2).

In attesa di tempestivo riscontro, si formulano distinti saluti.

Firma

il Rappresentante Legale

- All. 1) Diffida ASL Salerno Avv. Kivel
2) Richiesta nota di credito ASL Salerno