



**MODULO DI RICHIESTA DI STIPULA CONVENZIONE TRA
ENTI/ATTIVITA'/ALTRO E L'ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI AREZZO PER I PROPRI ISCRITTI**

Da inviare al Consiglio Direttivo dell'Ordine di Arezzo
via fax oppure e-mail o posta ordinaria

NOME ENTE / ATTIVITA' / ALTRO: QUALITY MANAGEMENT S.r.l.s.			
VIA CRISPI, 8		LOCALITA' AREZZO	
CAP 52100			
TEL. 0577630301	FAX 05771959131	E- mail dpo@qmsrl.it	
COD. FISCALE 02310670514	PARTITA IVA		02310670514
SITO INTERNET	www.qmsrl.it		
ATTIVITA' SVOLTA O AREA DI PERTINENZA	Servizi di consulenza e formazione alle aziende e professionisti, in ambito Sicurezza e Igiene Luoghi di lavoro, certificazioni ISO e GDPR- trattamento e protezione dei dati.		
LEGALE RAPPRESENTANTE:			
COGNOME Rachini		NOME Roberta	
TEL. 3355828418		E- mail dpo@qmsrl.it	
TIPOLOGIA DI CONVENZIONE (barrare una o più tipologie di convenzione)			
☐ CONVENZIONE PER PRODOTTI ☒ CONVENZIONE PER SERVIZI ☐ ALTRO			
OGGETTO DELLA CONVENZIONE:			
consulenza per realizzazione e formazione in ambito Reg. UE 679/2016 inerente il Trattamento e la Protezione dei dati, attraverso la realizzazione della seguente documentazione:			
- Analisi dei rischi - Valutazione d'impatto - Registro dei trattamenti - Documenti di informazione e consenso per i terzi - Procedura di Data Breach - Piano di miglioramento - Procedura gestione delle Non Conformità			

SCONTO ACCORDATO A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEGLI INFERMIERI DI AREZZO

Prezzo di listino 100,00 €

Sconto a Voi riservato per convenzione **35%** - € 35,00 + IVA

Prezzo Ivato finale € 79,3

Nota Bene: Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile dal legale rappresentante dell'Ente, Attività, Altro che presenta la convenzione.

La convenzione sarà attiva dal momento in cui viene accettata dal Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Arezzo, pubblicata nel sito ufficiale e/o affisso alle bacheche della sede.

Il legale rappresentante chiede

a codesto rispettabile Ente, accettando il regolamento sottostante, l'esamina della presente richiesta, impegnandosi a rispettare scrupolosamente tutte le clausole proposte. Accetta sin d'ora l'eventuale richiesta di colloquio informativo atto ad integrare informazioni ulteriori relative alla proposta.

Luogo e data
AREZZO 09/04/2019

Timbro e firma del legale rappresentante
QUALITY MANAGEMENT S.r.l.s.
Via Crispi, 8
52100 AREZZO
Part. IVA Cod. Fisc. 02310670514

(firmare e apporre il timbro anche sul regolamento nel retro)