



ALLEGATO

ONERI AUTORIZZAZIONE

Tipologia	Specifica	Istanza di autorizzazione	Istanza di ampliamento tipologia/disciplina o sede	Mantenimento triennale requisiti
STUDI MEDICI	STUDI SOGGETTI A S.C.I.A.	300,00	150,00	150,00
	STUDI SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE	400,00	200,00	200,00
STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA AMBULATORIALE (B)	una tipologia, una sede	550,00	300,00	300,00
	quota aggiuntiva per ogni tipologia	50,00	50,00	30,00
	quota aggiuntiva per ogni sede (o punto prelievo)	200,00	200,00	100,00
	Centro di diagnostica per immagini	100,00	50,00	50,00
	Tipologia B2	100,00	50,00	50,00
STRUTTURE SANITARIE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI (C) E IN FASE POSTACUTA (D)	Una disciplina, una sede	1000,00	600,00	600,00
	quota aggiuntiva per ogni disciplina	150,00	50,00	30,00
	quota aggiuntiva per ogni sede	200,00	200,00	100,00
	Centro di diagnostica per immagini	100,00	50,00	50,00

Il pagamento è effettuabile tramite c/c postale

Codice IBAN: IT12 Y076 0102 8000 0103 6566 733

intestato a:

REGIONE TOSCANA ONERI AUTORIZZAZ. E ACCR. STRUTT. SANIT. PRIV. SERV. T.