



**FORNITURA DI AGENTE VOLUMIZZANTE PER LE ESIGENZE DELLA UOSD UROLOGIA
FUNZIONALE DELL’A.O.R.N. S.G. MOSCATI DI AVELLINO
ALLEGATO A3 – “Quotazioni praticate”**

Il/la sottoscritto/a (per i soggetti che partecipano in forma singola e per i soggetti che partecipano in forma associata se già costituiti, per i Consorzi e per le reti dotate di un organo comune con potere di rappresentanza e di soggettività giuridica)

NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	CARICA	IMPRESA (RAGIONE SOCIALE C.F./P.IVA)
Fare clic qui per immettere testo.					

Overo (per gli altri soggetti)

I sottoscritti:

NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	CARICA	IMPRESA (RAGIONE SOCIALE C.F./P.IVA)
Fare clic qui per immettere testo.					
Fare clic qui per immettere testo.					

pienamente consapevole/i della responsabilità penale, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione, esibizione o uso di atti falsi ovvero di atti contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA/NO sotto la propria responsabilità

- che la Ditta Fare clic qui per immettere testo. ha effettuato **negli ultimi dodici mesi**, le forniture dei prodotti, oggetto dell’offerta, di seguito riportate unitamente alle relative quotazioni ed Aziende appaltanti;
- che quelle sotto riportate sono le migliori quotazioni finora praticate:

