



## LA FORNITURA DI RULLO TRASLATORE PER TRASFERIMENTO PAZIENTI DA DESTINARE ALLA U.O.C. DI NEUROCHIRURGIA DELL'AORN S.G. MOSCATI DI AVELLINO

### A3 - "PROTOTIPO DI PREVENTIVO"

**Il presente documento dovrà essere firmato digitalmente dal dichiarante.**

*Dichiarazione sostitutiva requisiti ai sensi del DPR 445/2000<sup>1</sup>*

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.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]

*Ovvero (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.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]
[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[Fare clic qui per immettere testo.]	[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,*

<sup>1</sup> Far riferimento alle istruzioni di compilazione riportate in calce al presente documento.



**SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO**

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

AVVISO ESPLORATIVO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI D'INTERESSE FINALIZZATE ALL'INDIVIDUAZIONE DI OPERATORI ECONOMICI CUI EVENTUALMENTE AFFIDARE, TRAMITE SUCCESSIVO "AFFIDAMENTO DIRETTO" MEDIANTE PIATTAFORMA M.E.P.A/SIAPS, AI SENSI DEL COMBINATO DISPOSTO DELL'ART 50, COMMA 1, LETT B) NONCHE' DELL'ART. 2, ALL. II.1 DEL D.LGS 36/2023, LA FORNITURA DI RULLO TRASLATORE PER TRASFERIMENTO PAZIENTI DA DESTINARE ALLA U.O.C. DI NEUROCHIRURGIA DELL'AORN S.G. MOSCATI DI AVELLINO

### **DICHIARA/NO sotto la propria responsabilità**

Di presentare, per il servizio di che trattasi, il seguente preventivo:

- Descrizione analitica del prezzo: [Fare clic qui per immettere testo.]
- Valore complessivo offerto per la fornitura per il periodo di 12 mesi, IVA esclusa: [Fare clic qui per immettere testo.]
- Percentuale di IVA applicata: [Fare clic qui per immettere testo.] ;
- Costo della manodopera: [Fare clic qui per immettere testo.] ;
- Oneri aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro: [Fare clic qui per immettere testo.] ;
- Eventuali ulteriori dettagli del preventivo: [Fare clic qui per immettere testo.] .

Luogo e data

[Fare clic qui per immettere testo.] , li [Fare clic qui per immettere testo.] ;

FIRMATO DIGITALMENTE