



**FORNITURA DI DISPOSITIVI MEDICI "MICROPROVETTE PER PRELIEVO NEONATALE" DA DESTINARE U.O.C TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELL'AORN S.G. MOSCATI DI AVELLINO- AFFIDAMENTO DIRETTO**

**A3 - "TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI"**

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

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	LUOGO E DATA DI NASCITA	C.F.	CARICA	IMPRESA (RAGIONE SOCIALE C.F./P.IVA)

*Ovvero (per gli altri soggetti)*

I sottoscritti:

NOME COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	C.F.	CARICA	IMPRESA (RAGIONE SOCIALE C.F./P.IVA)

*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**

- a) che gli estremi identificativi del conto corrente dedicato, anche in via non esclusiva, alle commesse pubbliche, valevoli per i rapporti giuridici con il Vostro Ente sono i seguenti:

<b>Banca:</b>	Fare clic qui per immettere testo.
<b>Numero c/c:</b>	Fare clic qui per immettere testo.
<b>Intestato a:</b>	Fare clic qui per immettere testo.
<b>ABI:</b>	Fare clic qui per immettere testo.
<b>CAB:</b>	Fare clic qui per immettere testo.
<b>IBAN:</b>	Fare clic qui per immettere testo.

- b) che la/le persona/e delegata/e ad operare su tale conto è/sono la/le seguente/i:

<b>Nome:</b>	Fare clic qui per immettere testo.
--------------	------------------------------------



**SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO**

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

FORNITURA DI DISPOSITIVI MEDICI  
"MICROPROVETTE PER PRELIEVO NEONATALE"  
DA DESTINARE U.O.C TERAPIA INTENSIVA  
NEONATALE DELL'AORN S.G. MOSCATI DI  
AVELLINO- AFFIDAMENTO DIRETTO

<b>Cognome:</b>	Fare clic qui per immettere testo.
<b>Luogo di nascita:</b>	Fare clic qui per immettere testo.
<b>Data di nascita:</b>	Fare clic qui per immettere testo.
<b>C.F.</b>	Fare clic qui per immettere testo.
<b>In qualità di:</b>	Fare clic qui per immettere testo.

c) che il proprio codice identificativo NSO è il seguente:

<b>Codice NSO</b>	Fare clic qui per immettere testo.
-------------------	------------------------------------

*Si avvisano i concorrenti che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 «Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso».*

Fare clic qui per immettere testo., li \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**FIRMATO DIGITALMENTE**