



FORNITURA DI SISTEMA DI ASSISTENZA VENTRICOLARE IMPELLA DA DESTINARE ALL'U.O.C. DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E DEI VASI DELL'A.O.R.N. S.G. MOSCATI DI AVELLINO

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) |
|--------------|-------------------------|------|--------|--------------------------------------|
| | | | | |

Overo (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:

| | |
|---------------------|------------------------------------|
| Banca: | Fare clic qui per immettere testo. |
| Numero c/c: | Fare clic qui per immettere testo. |
| Intestato a: | Fare clic qui per immettere testo. |
| ABI: | Fare clic qui per immettere testo. |
| CAB: | Fare clic qui per immettere testo. |
| IBAN: | 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:

| | |
|--------------|------------------------------------|
| Nome: | Fare clic qui per immettere testo. |
|--------------|------------------------------------|



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

FORNITURA DI SISTEMA DI ASSISTENZA VENTRICOLARE IMPELLA DA DESTINARE ALL'U.O.C. DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E DEI VASI DELL'A.O.R.N. S.G. MOSCATI DI AVELLINO

| | |
|--------------------------|------------------------------------|
| Cognome: | Fare clic qui per immettere testo. |
| Luogo di nascita: | Fare clic qui per immettere testo. |
| Data di nascita: | Fare clic qui per immettere testo. |
| C.F. | Fare clic qui per immettere testo. |
| In qualità di: | Fare clic qui per immettere testo. |

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

| | |
|-------------------|------------------------------------|
| Codice NSO | 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