



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

FORNITURA DI DISPOSITIVO MEDICO GUAINA COPRITELECAMERA DA DESTINARE AL DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA DELL'AORN S.G. MOSCATI DI AVELLINO.

FORNITURA DI DISPOSITIVO MEDICO GUAINA COPRITELECAMERA DA DESTINARE AL DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA DELL'AORN S.G. MOSCATI DI AVELLINO.

A2 - "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:

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 DISPOSITIVO MEDICO GUAINA
COPRITELECAMERA DA DESTINARE AL
DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E
SPECIALISTICA DELL'AORN 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., lì __/__/____

FIRMATO DIGITALMENTE