**FORNITURA DI ATTREZZATURE PER TERAPIA FISICA STRUMENTALE DESTINATE ALLA UOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE – TRATTATIVA DIRETTA LOTTO N.2-3-4-5 *(Apparecchio di Elettroterapia Combinata: Ultrasuoni multifrequenza e unità combinata di elettroterapia ed elettrostimolatore - Neuromodulatore tipo frems per il dolore - Laserterapia pulsato ad alta potenza - Elettrostimolatori portatili dotati di correnti rettangolari ed elettropia Antalgica Tipo Tens)***

**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**

1. 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. |

1. 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. |
| **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. |

1. 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