**PROCEDURA APERTA PER LA FORNITURA, MEDIANTE FORMULA DI SERVICE TRIENNALE, DI CANNULE LAVAGGIO/ASPIRAZIONE AD ALTO FLUSSO DA DESTINARE ALLA U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ED ALLA S.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL’A.O.R.N. S.G. MOSCATI.**

**A7 - “ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO”**

**Il presente documento dovrà essere firmato digitalmente dal dichiarante e allegato a *Sistema*, secondo quanto indicato nel Disciplinare di gara e nelle guide al *Sistema*.**

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 di cui al D. Lgs. 36/2023 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**

che gli obblighi relativi al pagamento dell’imposta di bollo ai sensi dell'art. 3 del DM 10 novembre 2011 (ex DPR 642/1972) sono stati assolti e che la presente marca da bollo (indicare di seguito il numero identificativo e la data):

* Procedura di gara cui il pagamento si riferisce: **PROCEDURA DI GARA APERTA TELEMATICA PER L’AFFIDAMENTO TRIENNALE DELLA FORNITURA DEI GAS MEDICINALI, TECNICI E DI LABORATORIO NONCHÉ LA GESTIONE E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI DI STOCCAGGIO, DELLA RETE DI DISTRIBUZIONE, DEI SERVIZI CONNESSI ALLA FORNITURA ED ALLA QUALITA’ DEI PRODOTTI GASSOSI PRESSO L’AZIENDA OSPEDALIERA “S.G. MOSCATI” DI AVELLINO**
* Valore Marca da Bollo: **€ 16,00**
* Numero Identificativo: Fare clic qui per immettere testo.
* Data di assolvimento dell’imposta: Fare clic qui per immettere testo.

|  |
| --- |
| ***SPAZIO PER APPOSIZIONE DELLA MARCA DA BOLLO*** |

**DICHIARA/NO, inoltre**

* di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo e di impegnarsi a conservarne l’originale contestualmente alla predetta istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione;
* di essere consapevole/i che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente l’obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi dati identificativi della marca da bollo per istanze diverse.

*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