



PROCERUDA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA QUINQUENNALE DI IMPIANTO CORE LAB AD ALTA AUTOMAZIONE, COMPRENDE I REATTIVI E STRUMENTAZIONI MEDIANTE FORMULA DI NOLEGGIO, DA DESTINARE ALLA U.O.C. DI PATOLOGIA CLINICA DELL’AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO

A10 - “TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI”

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 all’art. 45, co. 2, lett. b) e c), del Codice 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.]



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

PROCERUDA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA QUINQUENNALE DI IMPIANTO CORE LAB AD ALTA AUTOMAZIONE, COMPRENDE I REATTIVI E STRUMENTAZIONI MEDIANTE FORMULA DI NOLEGGIO, DA DESTINARE ALLA U.O.C. DI PATOLOGIA CLINICA DELL’AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO

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.]
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