



SERVIZI DI RITIRO, AFFRANCATURA E SPEDIZIONE CORRISPONDENZA AZIENDALE E CARTELLE CLINICHE

A3 - "PROTOTIPO DI PREVENTIVO"

Il presente documento dovrà essere firmato digitalmente dal dichiarante.

Dichiarazione sostitutiva requisiti ai sensi del DPR 445/2000¹

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	DATA E LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	CARICA	IMPRESA (RAGIONE SOCIALE C.F./P.IVA)
[Fare clic qui per immettere testo.]					

Overo (per gli altri soggetti)

I sottoscritti:

NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	CARICA	IMPRESA (RAGIONE SOCIALE C.F./P.IVA)
[Fare clic qui per immettere testo.]					
[Fare clic qui per immettere testo.]					

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

Di presentare, per i servizi di che trattasi, il seguente preventivo:

¹ Far riferimento alle istruzioni di compilazione riportate in calce al presente documento.



- Valore complessivo offerto per lo svolgimento del servizio per il periodo di 24 mesi, IVA esclusa: [\[Fare clic qui per immettere testo.\]](#)
- Percentuale di IVA applicata: [\[Fare clic qui per immettere testo.\]](#);
- Oneri aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro: [\[Fare clic qui per immettere testo.\]](#);
- Eventuali ulteriori dettagli del preventivo: [\[Fare clic qui per immettere testo.\]](#).

Luogo e data

[\[Fare clic qui per immettere testo.\]](#), li [\[Fare clic qui per immettere testo.\]](#);

FIRMATO DIGITALMENTE