



LA FORNITURA DEL DISPOSITIVO MEDICO MONOUSO PER TRASDUTTORE DI PRESSIONE PER MACCHINA CUORE POLMONE S5 IN DOTAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DA DESTINARE ALLA U.O.C. CARDIOCHIRURGIA 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

LA FORNITURA DEL DISPOSITIVO MEDICO MONOUSO PER TRASDUTTORE DI PRESSIONE PER MACCHINA CUORE POLMONE S5 IN DOTAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DA DESTINARE ALLA U.O.C. CARDIOCHIRURGIA 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., li __/__/____

FIRMATO DIGITALMENTE