

-FAC-SIMILE ADESIONE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE-

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER L'EVENTUALE AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DI MONFALCONE

Il sottoscritto (Cognome e nome) _____
nato a _____ il _____
residente nel Comune di _____
Provincia _____ Via/Piazza _____
in qualità di _____
autorizzato a rappresentare legalmente la Cooperativa

con sede nel Comune di _____ CAP _____
Provincia _____ Via/Piazza _____
C.F. _____ P. I.V.A. _____
Tel. _____ fax _____ e-mail _____
Indirizzo di Posta Elettronica Certificata _____

presa visione ed accettato integralmente quanto contenuto nell'Avviso pubblico finalizzato all'acquisizione di manifestazioni di interesse per l'eventuale affidamento del servizio in oggetto

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

ad essere invitato alla procedura negoziata di cui all'art. 50 co.1 lett. e) del D.Lgs n.36/2023.

A tale fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA:

1. il possesso dei requisiti di ordine generale per la partecipazione a gare, con particolare riferimento a quelli previsti dal Libro I Titolo IV Capo II (art. 94 e ss.) del D.lgs. 36/2023;
2. l'insussistenza di alcuna delle ipotesi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi della normativa vigente;
3. l'iscrizione dal _____ all'Registro delle Imprese di _____ al numero _____ per la categoria di servizi/fornitura _____;

4. se cooperativa sociale, l'iscrizione all'Albo regionale delle Cooperative Sociali della Regione _____ al n. _____ dal _____;

5. l'iscrizione ad altri albi o registri: _____

6. di aver svolto, nell'ultimo triennio, almeno dodici mesi continuativi nell'ambito di servizi analoghi a quelli in oggetto (indicare descrizione sintetica dell'attività svolta, anni e luoghi di svolgimento del servizio, il relativo fatturato):

7. che il seguente istituto bancario o intermediario è in grado di attestare la solvibilità finanziaria:

sede _____

8. di voler ricevere ogni comunicazione relativa all'oggetto ai seguenti recapiti:

Nominativo _____

Telefono _____

e-mail _____

PEC _____

Data _____

Firma del Legale Rappresentante

Allegare: Fotocopia di valido documento d'identità del sottoscrittore