

Modello E

DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL RICORSO ALL'AVVALIMENTO

Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio"

Via Vinicio Cortese, 10

88100 CATANZARO

Oggetto: DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL RICORSO ALL'AVVALIMENTO PER LA PARTECIPAZIONE PROCEDURA NEGOZIATA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TESORERIA E DI CASSA PER LA DURATA DI 30 (TRENTA) MESI

Il sottoscritto.....nato a.....il.....documento n.....(allegato in fotocopia) codice fiscale.....nella qualità di.....dell'Impresa.....con sede in.....provincia.....Via/Piazza.....Partita IVA.....tel.....fax.....e-mail.....PEC.....

DICHIARA

che intende avvalersi, nelle forme e nei modi previsti dall'art. 89 del D.Lgs. 50/2016, dei requisiti nel seguito specificati della società (di seguito "impresa ausiliaria"):

.....
.....
.....

Dati identificativi dell'Impresa ausiliaria:

Impresa.....con sede legale in.....cap.....Via/Piazza.....tel.....fax.....e-mail.....PEC.....Codice Fiscale.....Partita IVA.....

Data.....

Timbro e firma leggibile

.....

Allegati: copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità, secondo le disposizioni di cui al d.P.R. 445/2000.

(Il concorrente è tenuto ad osservare le disposizioni contenute nel bando e nel disciplinare di gara e ad accludere alla presente tutti gli allegati necessari ivi indicati per il ricorso all'avvalimento)