AZIENDA OSPEDALIERA

 “Pugliese Ciaccio”

Catanzaro





REGIONE CALABRIA

**PROCEDURA APERTA TELEMATICA AI SENSI DELGLI ARTT. 58 E 60 DEL D.LGS. N. 50/2016 SUDDIVISA IN N.49 LOTTI, AVENTE AD OGGETTO L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI RETI, CLIPS, E COPRITELECAMERE PER IL BLOCCO OPERATORIO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE-CIACCIO PER 36 MESI DA AGGIUDICARE CON IL CRITERIO DEL MIGLIOR RAPPORTO QUALITA’ PREZZO, AI SENSI DELL’ART. 95,COMMA 2 DEL D.LGS. N° 50/2016 E SS.MM. E II, PER UN IMPORTO TOTALE PRESUNTO, POSTO A BASE D'ASTA, PARI AD EURO 3.144.300,00 IVA ESCLUSA -**

MODULO PER L’ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL’IMPOSTA DI BOLLO CON CONTRASSEGNO TELEMATICO PER LA PRESENTAZIONE DELL’ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI GARA

|  |
| --- |
| Spazio per l’apposizione delContrassegno telematico |

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445) trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445 quanto segue:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI

□ Persona fisica □ Procuratore speciale

□ Legale rappresentante della Persona giuridica

DICHIARA

□ che, ad integrazione del documento “Domanda di partecipazione con dichiarazioni integrative”, l’imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione del contrassegno telematico su questo cartaceo trattenuto, in originale, presso il mittente, a disposizione degli organi di controllo.

A tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata ha:

IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□ di essere a conoscenza che l’Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data Firma digitale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AVVERTENZE:

1) Il presente modello, provvisto di contrassegno sostitutivo del bollo deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale del dichiarante o del procuratore speciale e allegato sulla Piattaforma informatica,