

Spettabile
A.O. S. Camillo Forlanini
Piazza Carlo Forlanini, 1
00151 Roma

OGGETTO: Procedura ristretta per l'affidamento dei servizi assicurativi - istanza di ammissione alla gara e connessa dichiarazione


Il sottoscritto _____ nato a _____ (PR) e residente in _____ (PR) Via _____ n. _____ nella sua qualità di _____ (amministratore delegato, titolare) della società _____ con sede legale in _____ (PR) Via _____ n. _____ . Tel. _____ .. Fax _____ .. e-mail _____ . con riferimento al Vostro bando di gara del _____ .. chiede di essere ammesso a partecipare alla gara in qualità di :

Impresa Singola


Raggruppamento Temporaneo di imprese in qualità di Mandataria/Mandante

Coassicurazione in qualità di Delegataria/Delegante

Inoltre, il sottoscritto _____ . nella sua qualità sopra riportata ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e non rispondenti al vero dichiara quanto segue:

 Iscrizione alla CCIAA (o ad ogni altro organismo equipollente secondo la legislazione dello Stato di appartenenza) ex artt. 39 del D.Lgs. 163/2006 e che dal certificato risulta quanto segue:


- Denominazione/Ragione Sociale _____ ;
- Codice Fiscale _____ e Partita IVA _____ ;
- Data di iscrizione _____ .. Luogo _____ . n. iscrizione _____ ;
- Che l'oggetto sociale della Compagnia è il seguente: _____ ..
- Che i titolari, soci, legali rappresentanti e amministratori con poteri di rappresentanza sono (precisare nome e cognome, data di nascita, carica e qualifica ricoperta, data della nomina e durata della carica)

 di possedere la autorizzazione rilasciata dallo SVAP all'esercizio in Italia nei rami assicurativi relativi ai lotti cui si partecipa (indicare gli estremi);


ovvero

di possedere l'assenso dello SVAP all'inizio dell'attività in Italia (riferita ai rami assicurativi relativi ai lotti cui si intende partecipare in regime di libertà di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana) per il tramite della propria sede secondaria (indicare gli estremi);

di essere in possesso di classificazione (rating) pari o superiore a BBB così come attribuito da Standard & Poor's o ad altra agenzia di rating, in corso di validità alla data di pubblicazione del bando

 di annoverare tra i propri clienti Aziende Ospedaliere/Sanitarie pubbliche o cliniche private a favore delle quali sia stato svolto almeno tre servizi similari a quelli oggetto di gara, nel triennio 2008/2010.

Lotto	Amministrazione/ Azienda	Periodo di validità della polizza	Importo annuale del premio
1			
2			
3			

 che il domicilio al quale dovranno essere inviate tutte le comunicazioni attinenti lo svolgimento della gara, ex art. 2 D. Lgs. n. 53/2010, è il seguente: Via _____ . Città (Prov.) Telefono _____ . Fax _____ . E-mail _____

Inoltre il sottoscritto _____ .. nella sua qualità sopra citata attesta di acconsentire ai sensi del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei propri dati esclusivamente ai fini della gara e per la stipulazione dell'eventuale polizza.

In fede.

_____ .

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla copia fotostatica, non autenticata, del documento di identità.
(In caso di sottoscrizione da parte di un procuratore) Si allega originale o copia conforme all'originale della procura.