

Allegato A

Domanda di iscrizione all'Albo dei Fornitori di Beni e Servizi dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

Il sottoscritto _____ nato (luogo e data di nascita) _____
residente nel Comune di _____ C.A.P. _____
prov. _____ via/p.za _____
nella sua qualità di _____ dell'impresa
_____ con sede
_____ codice fiscale e partita I.V.A. _____
e-mail _____ casella posta elettronica certificata (P.E.C.) _____

DICHIARA

di aver preso visione e di accettare integralmente quanto previsto dall'Avviso Pubblico relativo alla costituzione di un Albo Fornitori di Beni e Servizi, nonché tutte le disposizioni contenute nel Regolamento per l'Istituzione dell'Albo degli Operatori dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

CHIEDE

l'iscrizione della suddetta impresa al predetto albo dei fornitori per le seguenti sezioni:

Luogo e data

Firmato digitalmente