



## Allegato A

Spett.le Azienda Ospedaliero- Universitaria di Sassari  
Servizio provveditorato, Economato e Patrimonio  
Via Michele Coppino n. 26, 07100 Sassari

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (luogo)

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

in qualità di \_\_\_\_\_ dell'impresa \_\_\_\_\_  
(ragione sociale)

con sede legale in \_\_\_\_\_

partita iva \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**di essere invitato alla procedura negoziata da espletarsi sul mercato della P.A. (MEPA) ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. n° 50 del 18/04/2016, per l'affidamento della fornitura di dispositivi di coperte termiche da utilizzare con l'apparecchiatura WARM TOUCH 5200 in dotazione all'Unità Operativa, necessaria per l'Istituto di Anestesia e Rianimazione, di cui alla Determinazione Dirigenziale n. 252 del 15/05/2017.**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

### DICHIARA

- Che i dati dell'Impresa che rappresenta sono i seguenti:

Ragione/Denominazione sociale e forma giuridica:

\_\_\_\_\_

Registro Imprese CCIAA di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Sede Legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_

Indirizzo P.E.C. (Posta Elettronica Certificata) \_\_\_\_\_

partita iva \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

- che non sussistono cause comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione previsti dall'art. 80 del D. Lgs. n° 50/2016 e dall'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. N° 165/2001;
- di essere in possesso di adeguati requisiti tecnico- organizzativi, ove richiesti in Avviso;
- di accettare in pieno e senza riserva alcuna quanto previsto nell'Avviso;
- di essere consapevole che l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Sassari potrà sospendere in qualunque momento e a suo insindacabile giudizio la presente procedura;
- di essere informato, ai sensi ed agli effetti di cui al D.LGS. N. 196/2003, che i dati raccolti verranno trattati, anche con strumenti informatici e telematici, esclusivamente nell'abito del presente procedimento.

**Il sottoscritto allega alla presente copia fotostatica fronte/retro di proprio documento di riconoscimento in corso di validità.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante l'impresa

\_\_\_\_\_