

Allegato B: Domanda di partecipazione

Da utilizzare come facsimile: su carta intestata della ditta proponente o in alternativa apposizione di timbro

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____ CF _____

Via _____ cap _____ Città _____

in qualità di legale di rappresentante dell'Azienda/Ditta

con sede in _____ Via _____ N. _____

Partita Iva _____ Tel. _____ email _____

Avendo preso visione dell'Avviso pubblico per "La ricerca di Provider per evento formativo di chirurgia O.R.L. con live surgery",

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura ad evidenza pubblica di cui all'avviso pubblicato per il seguente evento

Dichiara:

- 1) che la presente sponsorizzazione non comporta per l'Azienda USL di Imola ulteriori obblighi oltre a quelli sopra specificati;
- 2) 2A di NON intrattenere rapporti commerciali, patrimoniali o personali con funzionari responsabili della UO Aziendale oggetto della sponsorizzazione;
oppure in alternativa
2B di intrattenere rapporti commerciali, patrimoniali o personali con funzionari responsabili della struttura beneficiaria della sponsorizzazione, in particolare:

(specificare il tipo di rapporto)

-
- 3) di comunicare immediatamente all'Azienda USL di Imola qualunque mutamento di fatto o di diritto intervenuto nei rapporti con i funzionari di cui al punto precedente, successivamente all'accettazione della sponsorizzazione. In tale ipotesi l'Azienda valuterà l'eventuale risoluzione del contratto di sponsorizzazione;
 - 4) di non avere con l'Azienda USL di Imola gare di Appalto in corso di aggiudicazione aventi ad oggetto la medesima categoria di beni di cui alla presente proposta di sponsorizzazione.

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art. 76 del Testo Unico D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti.
In fede

Data _____

Timbro e Firma legale rappresentante _____