

Service full-risk

relativa alla richiesta di offerta per la fornitura **in service full-risk** _____

_____.

MODELLO AUTODICHIARAZIONE EX DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____, (prov.) _____, in via _____, n. _____, codice fiscale _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, in qualità di (**Indicare se titolare, legale rappresentante, procuratore speciale o altra persona avente i poteri di impegnare l'impresa**) _____ dell'impresa _____, con sede legale in _____ Codice fiscale/Partita Iva _____ telefono: _____ fax: _____ e-mail: _____, pec mail _____ dell'ufficio gare, con riferimento alla procedura in oggetto,

dichiara:

A) che il prezzo (specificare se unitario o complessivo) offerto è, nel dettaglio, composto dalle seguenti voci:

Descrizione prodotto	Codice prodotto	CND e Repertorio	Quantità offerta	Prezzo offerto unitario del service mensile a paziente	Prezzo complessivo annuale in service offerto	% di sconto applicato sul listino

B) che il prezzo offerto non è superiore al prezzo praticato alle altre Azienda Sanitarie e, nella fattispecie, tale prezzo (specificare cod. prodotto, prezzo unitario e complessivo), è stato offerto presso:

- 1) _____ €.
- 2) _____ €.
- 3) _____ €.

Li _____

Timbro e Firma Leggibile