

**AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA  
TERNI**

**ALLEGATO A  
ALL'AVVISO**

**Spett.le  
Azienda Ospedaliera S. Maria**

**Terni**

**Oggetto:**

**Termine presentazione manifestazione di interesse alla procedura “Sistemi di terapia a pressione negativa per il trattamento di ferite croniche – CIG 734335476B”.**  
**: 27/02/2018 ore 12:00**

Il sottoscritto<sup>1</sup> \_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
dell'impresa/istituto \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
e sede amministrativa in \_\_\_\_\_  
con codice fiscale n. \_\_\_\_\_  
codice attività n. \_\_\_\_\_

in riferimento all' affidamento della procedura in oggetto,

**CHIEDE**

di essere invitato alla procedura negoziata ai sensi dell'art.36 del D.Lgs. 50 del 18/04/2016 e s.i.m., di cui all'avviso del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, per l'affidamento \_\_\_\_\_

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**

- l'impresa che rappresenta risulta abilitata ad operare nel Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione, al bando “Pompe da vuoto”;
  - nei confronti dell'impresa che rappresenta non ricorrono le cause di esclusione di cui all'articolo 80, commi 1,2,4,5, del D.Lgs. 50/2016;
- \_\_\_\_\_

- l'impresa che rappresenta ha effettuato negli ultimi 3 anni antecedenti alla data di pubblicazione dell' avviso, servizi nel settore di attività oggetto dell'appalto, ai sensi dell'art. 83, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 50/2016, del tipo specificato:

descrizione	Importo	Periodo	Destinatario

Ai fini delle comunicazioni inerenti la procedura in oggetto, ivi comprese quelle previste dall'art. 76 del D.Lgs. n. 50/2016 indicando i seguenti dati: tel. \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_.

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

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

Firma del Rappresentante l'impresa