

**AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA
TERNI**

**ALLEGATO C
ALL'AVVISO**

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

Oggetto: Manifestazione di interesse alla procedura della fornitura di “DISPOSTIVI PER CHIRURGIA MAXILLO CHIRURGIA” OCCORRENTE ALLE ESIGENZE DELLA S.C DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE DELL' AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DI TERNI. NUMERO GARA ANAC: 8065795

Termini di presentazione istanza di partecipazione entro il 18.06.2021 ore 13:00:00

Il sottoscritto¹ _____, 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, alla categoria merceologica **“Forniture Specifiche per la Sanità”**;
 - 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;
-

- il fatturato globale d'impresa prodotto negli ultimi tre esercizi fiscalmente documentabili;
- 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