

ALLEGATO E

Al Direttore Generale
ASL Lecce
Via Miglietta 5
73100 Lecce

OGGETTO: Offerta per la prova/visione di beni

a (indicare Struttura beneficiaria del bene) _____

In riferimento all'oggetto,

Ditta o Rag. Sociale:

Il sottoscritto _____

in qualità di _____

per la (società/associazione/ditta) _____

domicilio fiscale _____

città _____

recapito telefonico _____

mail _____

C.F. _____

P.I. _____

CCIAA n. Iscrizione _____

Per le persone fisiche:

Il sottoscritto _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

Dichiara

- di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 83 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. in relazione all'oggetto del bene messo a disposizione;
- di voler mettere a disposizione della ASL Lecce n. _____ beni per la durata di n. _____ giorni;

tipo di bene _____

produttore _____

modello e marca _____

matricola _____

- che la sede di destinazione è _____

- che la prova/visione del bene non comporta alcun obbligo consequenziale da parte dell'Azienda nei confronti dell'operatore economico;

- che non sussistono situazioni di conflitto con ASL Lecce e di non aver partecipato a gare d'appalto in corso di aggiudicazione.

- che tutte le spese di eventuale materiale di consumo per la durata della visione saranno a proprio carico;

- che oneri di consegna, installazione e ritiro sono a proprio carico;

- la prova/visione non vincola la ASL di Lecce all'acquisto di beni e materiale di consumo.

DATA

TIMBRO E FIRMA