



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siracusa

Corso Gelone, 103 - 96100 Siracusa

Tel. 0931.66577 - Fax 0931.22098

E-mail: info@ordinedeimedici.it - PEC: info@pec.ordinedeimedici.it

1) Allegato A) DA PRESENTARE SU CARTA INTESTATA DEL SOGGETTO PROPONENTE

Spett.le

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siracusa

Corso Gelone, 103 96100 SIRACUSA

PEC: info@pec.ordinedeimedici.it

Oggetto: manifestazione di interesse con richiesta di preventivo per l'affidamento diretto, ai sensi dell'art. 36, comma 2, lettera a) del D.Lgs n. 50/ 2016 e ss.mm.ii. , del servizio di stampa del Bollettino.

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ in qualità di titolare/legale rappresentante dell'Impresa _____ (indicare eventuale denominazione e forma giuridica), codice fiscale n. _____, partita IVA n. _____ con sede legale in _____, prov. _____, via _____, n. _____, n. _____ CAP _____ e sede amministrativa in _____, prov. _____, via _____, n. _____ CAP _____, Tel. _____, E-mail _____, PEC _____, Iscrizione al Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. _____ al numero _____ quale soggetto proponente la presente manifestazione di interesse, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000 e

PRESO ATTO

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nell'Avviso pubblicato sul sito internet istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siracusa in data 11/11/2022;

MANIFESTA

L'interesse a partecipare all'avviso

DICHIARA

- che il soggetto proponente è in possesso dei requisiti di partecipazione individuati nel suindicato Avviso;
- di accettare che ogni comunicazione relativa alla procedura, di cui trattasi, venga validamente inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (della cui operatività il dichiarante assume ogni rischio): _____;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 196/2003, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data __/__/____ FIRMA _____



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siracusa

Corso Gelone, 103 - 96100 Siracusa

Tel. 0931.66577 - Fax 0931.22098

E-mail: info@ordinedeimediciisr.it - PEC: info@pec.ordinedeimediciisr.it

n.b.: la presente manifestazione di interesse deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

2) Allegato B)

Spett.le

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siracusa

Corso Gelone, 103 96100 SIRACUSA

PEC: info@pec.ordinedeimediciisr.it

Oggetto: OFFERTA ECONOMICA PER LA REALIZZAZIONE GRAFICA, STAMPA E SPEDIZIONE DEL VOLUME MEDICI SCRITTORI 2022.

Si allega corrispettivo per l'esecuzione del servizio in oggetto.

Costo per la realizzazione e stampa di n. 500 copie del Volume Medici Scrittori € _____ più

Iva pari a € _____

Costo per la spedizione di n. 120 Volumi € _____ più iva pari a € _____.

Impianti e realizzazione grafica sono compresi nel prezzo.

Note aggiuntive all'offerta: _____

n.b.: la dichiarazione dovrà essere sottoscritta dal titolare/legale rappresentante o procuratore dell'impresa;

Allegati obbligatori

-copia fotostatica di documento di identità

-DURC in corso di validità

Luogo e data __/__/_____

FIRMA _____