



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. _____ 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 STAMPA DEL VOLUME MEDICI SCRITTORI 2022.

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

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