

**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 “SISTEMI DI TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA PER IL TRATTAMENTO DI FERITE CRONICHE” OCCORRENTE ALLE ESIGENZE DELL’ AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DI TERNI. NUMERO GARA ANAC: 7958709

Termini di presentazione istanza di partecipazione entro il 21.12.2020 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;

- 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