



**REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA**

Mod. per Manifestazione di interesse

Indagine di mercato per la individuazione degli operatori economici da invitare per l'affidamento della fornitura del Radiofarmaco fluorocolina, per le esigenze diagnostiche e terapeutiche dell'U.O. di Medicina Nucleare dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____ (prov.) _____ in via _____, n. _____,

codice fiscale [| | | | | | | | | | | | | | | | | |], in qualità di (*indicare se titolare, legale rappresentante, procuratore speciale o altra persona avente i poteri di impegnare l'impresa*) _____

dell'impresa _____,

con sede legale in (indirizzo completo) _____,

_____,
Codice fiscale/Partita Iva _____ telefono: _____

fax: _____ e-mail: _____

_____,
pec mail aziendale o dell'Ufficio gare _____,
in riferimento all'Avviso prot.n.u-0007433 del 06.03.2017 relativo ad indagine di mercato per l'affidamento della fornitura in oggetto,

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco delle Ditte dal quale codesta ASP individuerà gli operatori economici da invitare alla procedura in argomento.

_____ li _____

Il Dichiarante

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 ed esente da bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. n. 445/2000.

INFORMATIVA D. LGS. N. 196/2003

Il trattamento dei suddetti dati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

AVVERTENZA: ALLA PRESENTE COMUNICAZIONE VA ALLEGATA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO DEL DICHIARANTE.