

ASL LATINA

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA
IN SERVICE DI SISTEMI PER I LABORATORI ANALISI DEL P.O. DI
LATINA (HUB) E SPOKE AFFERENTI (PP.OO. TERRACINI FONDI E
FORMIA) PER SEI ANNI, COMPOSTO DA DUE LOTTI UNICI
INDIVISIBILI.**

ALLEGATO

MODELLO RICHIESTA SOPRALLUOGO

AZIENDA _____

All'attenzione dell'Azienda Sanitari di Latina

Al Referente Dott. _____

mail: _____

e p.c.

alla UOC Procedure di Acquisto e Contratti

Direttore Sostituto dott.ssa Simona Contenta

Pec: amministrazione@pec.ausl.latina.it

MODULO RICHIESTA EFFETTUAZIONE SOPRALLUOGO

Il sottoscritto _____

Nato (luogo e data di nascita): _____

Residente in: Via/P.zza _____

Comune _____ Prov. _____

Tel n. _____ Cellulare n. _____

Email. _____ Fax n. _____

(per eventuali comunicazioni in merito all'effettuazione del sopralluogo)

(fare una croce sulla casella che interessa):

in qualità di legale rappresentante della impresa in questione

o in alternativa

in qualità di Direttore Tecnico della Ditta in questione

o in alternativa

in qualità di dipendente/collaboratore/altro soggetto incaricato dell'impresa

dell'Impresa _____ con sede in _____,

Via _____, iscritta al Registro delle Imprese di _____ al n. _____, codice fiscale n. _____, partita IVA n. _____, con qualifica di _____ munito di apposita delega da allegarsi alla presente, corredata dal proprio documento di identità e da quello del delegante.

In caso di R.T.I. o Consorzi non ancora costituiti in promessa di R.T.I., Consorzio o o Rete di Imprese [indicare forma giuridica del gruppo] con le Imprese _____, all'interno del quale la _____ verrà nominata Impresa Capogruppo, il sopralluogo può essere effettuato da un rappresentante degli operatori economici raggruppati, aggregati in rete o consorziati, purché munito della delega del mandatario/capofila o consorziato indicato come esecutore.

CHIEDE

appuntamento per effettuare il sopralluogo per prendere visione dei seguenti immobili specificando la sede:

A tal proposito resta in attesa che venga confermata la data e l'orario.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di essere consapevole che gli eventuali oneri relativi al sopralluogo, sono a carico dell'Impresa;
- che il sopralluogo presso le strutture/immobili delle Aziende Sanitarie Contraenti, riportate nel Disciplinare di gara, deve essere eseguito senza interferire nel normale lavoro ovvero recare intralci, disturbi o interruzioni alla attività lavorativa in atto.

Si autorizza sin d'ora al trattamento dei dati personali nei termini indicati nella documentazione di gara.

Firma

Data _____

Allegati: copia documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, eventuale delega e documento identità delegato e delegante.