

ALL'UFFICIO

ACQUISTI E LOGISTICA

Viale Cappuccini 157

71013 San Giovanni Rotondo (FG)

trasmissione a mezzo p.e.c. all'indirizzo: direzione.amministrativa@pec.operapadrepio.it

Oggetto: Indagine di mercato per l'individuazione di una Ditta altamente specializzata per l'affidamento del Servizio di gestione, conduzione e manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti termici, di condizionamento dell'aria, di estrazione forzata dell'aria, antincendio, idrico sanitario e fognante, frigoriferi e impianti frigoriferi destinati alla conservazione alimentare, produttori di ghiaccio, celle mortuarie, lavapadelle e tritapadelle, elettrodomestici casalinghi e attrezzatura per ristorazione a servizio degli edifici e complessi edilizi della Fondazione "Casa Sollievo della Sofferenza" ubicati nel Comune di San Giovanni Rotondo (FG)

Il sottoscritto.....

nato il a.....

residente in..... alla via.....

in qualità di legale rappresentante.....

con sede in..... alla via.....

iscritto alla C.C.I.A.A. di per attività

codice fiscale Partita IVA.....

Tel. P.E.C.

PRESO ATTO

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nell'Avviso pubblicato sul sito internet istituzionale della Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza recante la data del ____/____/____

MANIFESTA

il proprio interesse ad essere invitato all'indagine di mercato di cui all'oggetto e dichiara sin d'ora di essere in possesso dei requisiti di ordine generale e speciale previsti dall'Avviso per la manifestazione di interesse

AUTORIZZA

- l'invio delle comunicazioni inerenti al presente procedimento al seguente indirizzo di p.e.c.
.....
e-mail
- ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003, la raccolta dei dati personali che saranno trattati con e senza l'ausilio di strumenti elettronici per l'espletamento delle attività relative al presente procedimento ed alla connessa procedura.

Luogo e data

Firma (il presente documento potrà essere sottoscritto anche con
firma digitale)

Si allega:

- **dichiarazione nella quale si attesti di aver svolto il Servizio descritto in oggetto presso Strutture ospedaliere**
- copia fotostatica del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.