



**REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA**

Mod. per Manifestazione di interesse

per la partecipazione alla procedura per l'affidamento della fornitura di n. 10 kit di Pirofosfato stannoso, richiesti dall'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 _____ dell'ufficio gare,
in riferimento all'Avviso prot.n.17323 del 23 giugno 2016 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.