BOLLO DA 16,00 Euro

ALLEGATO A

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA REPERIBILITÀ DI SPAZI ESTERNI PER ATTIVITÀ AZIENDALE IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA

Struttura sanitaria: ……

Indirizzo poliambulatorio: ……..
TEL…….. PEC……..
MAIL……

Si dichiara la disponibilità di spazi ambulatoriali da destinare ad attività libero professionale dei medici dipendenti AOUPR, alle tutte condizioni indicate nell'Avviso, per la disciplina di ORTOPEDIA pari al 10% della tariffa finale, IVA inclusa (bollo escluso).

Il sottoscritto DICHIARA che, al momento della presentazione della manifestazione di interesse, è in possesso dei requisiti di cui all'*art.80 del D.lgs. n. 50/2016* (CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI).

Relazione illustrativa di maggior dettaglio sulla capacità di offerta della struttura:

……..

……..

……..

La presente dichiarazione, è resa ai sensi dell'articolo 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 2000, deve essere accompagnata da un documento di identità in corso di validità

Il Legale Rappresentante della Struttura

……..