



FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AOO000
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0014529
DATA: 09/04/2020
OGGETTO: Servizi di supporto per la gestione della spedizione di mascherine chirurgiche dall'India – CODICE CIG; Z3E2CACDD4

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Michela Boschi

CLASSIFICAZIONI:

- [01-08-07]

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0014529_2020_Lettera_firmata.pdf:	Boschi Michela	AE4373656BFF730F58DAED5EEFFABA7F7200F341C3B5458584B3E0B7E5F561CA
PG0014529_2020_Allegato1.doc:		E8055ADD18ED550FCF4ADC14D72483D687447AF80FA1F73BBF5ADB7829C24BE2



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



OCTAGONA S.R.L.
octagona@pec.it

e p.c.
S.C.I. Acquisizione Beni

S.C. Controllo di Gestione

OGGETTO: Servizi di supporto per la gestione della spedizione di mascherine chirurgiche dall'India –
CODICE CIG; Z3E2CACDD4

Con riferimento alla corrispondenza intercorsa fra Codesta Ditta OCTAGONA S.R.L. con sede in via G. Falcone n. 3 – 41012 Carpi (MO) – C.F. e Partita I.V.A. 02969820360 ed i Servizi Acquisizione Beni e Controllo di Gestione di questa Azienda, ai sensi dell'art. 36 del D. Lgs. n. 50/2016 e come previsto dal Regolamento AVEN Contratti Sottosoglia, approvato con Deliberazione n. 1075 del 18.12.2018 di questa Azienda, con la presente si affida a Codesta Ditta il servizio di supporto per la gestione della spedizione di mascherine chirurgiche dall'India.

Come da vostro preventivo di spesa, questa Azienda corrisponderà per l'attività prestata un compenso orario di euro 130,00 oltre iva.

Il servizio dovrà essere prestato secondo le indicazioni che verranno fornite dai Servizi sopra indicati.

Il codice CIG da inserire nella documentazione è il seguente: Z3E2CACDD4.

Si invita a dare riscontro alla presente ed a trasmettere entro 10 giorni l'allegato modulo relativo alla tracciabilità dei flussi finanziari debitamente compilato e sottoscritto.

Cordiali saluti.

Firmato digitalmente da:
Michela Boschi

Responsabile procedimento:
Rossana Ricco'

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI D.P.R. 445/2000
E DELLA LEGGE 136 DEL 13 AGOSTO 2010 "TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI"**

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ (_____)

In qualità di _____

Dell'impresa _____

Con sede in _____

Cod.fiscale n. _____ Partita IVA n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art.3 della legge n.136/2010, relativi ai pagamenti di forniture e servizi effettuati a favore dell'Amministrazione in indirizzo

D I C H I A R A

- che gli estremi identificativi dei conti correnti "dedicati" ai pagamenti nell'ambito delle commesse pubbliche sono i seguenti:

conto corrente n. _____ **aperto presso:** _____

IBAN: _____

conto corrente n. _____ **aperto presso:** _____

IBAN: _____

la ditta evidenzia che le persone delegate ad operare su tale/i conto/i sono:

1) _____, nato/a a _____ () il _____

Cod. Fiscale _____ ;

2) _____, nato/a a _____ () il _____

Cod. Fiscale _____ ;

- che la ditta utilizzerà per tutte le proprie transazioni relative alle commesse pubbliche il/i conto/i corrente/i dedicato/i sopra indicato/i, comprese le transazioni verso i propri subcontraenti.

data _____

Il Dichiarante

I fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore (Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" con firma in calce alla presente dichiarazione esprimo il mio consenso e autorizzo l'Azienda Sanitaria in indirizzo al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente per le finalità inerenti la gestione della procedura.