

Affidamento del servizio di archiviazione e gestione della documentazione sanitaria e amministrativa dell'Azienda Ospedaliera "Garibaldi" di Catania
CIG – 3327646C56

MODELLO 3

DICHIARAZIONE DELLE PARTI DEL SERVIZIO CHE SI INTENDONO AFFIDARE IN SUBAPPALTO

Il sottoscritto _____
 in qualità di (*titolare, legale rappresentante, procuratore, altro*) _____
 della società _____
 sede (comune italiano o stato estero) _____
 Provincia _____ indirizzo _____

 Numero di telefono fisso e/o mobile _____
 Fax : _____ e-mail _____
 Forma giuridica _____

Codice
attività

C.A.P.

Partita
IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D I C H I A R A

CHE NON INTENDE avvalersi dell'istituto del subappalto;

CHE INTENDE avvalersi dell'istituto del subappalto per le seguenti parti della prestazione :

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Data _____

Il Dichiarante
(timbro e firma)

In caso di ATI/RTI/CONSORZIO/GEIE costituendo, la dichiarazione deve essere sottoscritta dal Rappresentante legale di tutti i soggetti raggruppati.