PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

TRENTINO

ALLEGATO – F
FAC-SIMILE DI DICHIARAZIONE
del soggetto che sottoscrive la polizza fideiussoria o la fideiussione bancaria
(Il corsivo è inserito a scopo di commento)

Spett.le
APAC
Servizio Procedure di gara in ambito sanitario - APSS
Viale Verona n. 190/8
38123 – TRENTO

Oggetto: **GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO SOPRA SOGLIA COMUNITARIA DI TRASPORTO PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO EMODIALITICO AI CENTRI DIALISI ISTITUITI PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO E CONVENZIONATI – CIG prevalente: 8060849706**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il giorno _____ nella sua qualità di _____ del soggetto fideiussore _____ ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria personale responsabilità, consapevole che in caso di false dichiarazioni saranno applicabili le sanzioni penali previste dalla legge ai sensi dell'art. 76 del medesimo D.P.R. 28.12.2000, n. 445

D I C H I A R A

di aver sottoscritto la polizza/fideiussione emessa a titolo di cauzione provvisoria per la partecipazione alla gara d'appalto in oggetto, avendo i poteri di impegnare validamente il soggetto fideiussore.

Luogo e data, _____

FIRMATO DIGITALMENTE DAL FIDEIUSSORE