**ALLEGATO A - FAC-SIMILE ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Istanza di partecipazione e connessa dichiarazione

Spett.le

ASST di Vimercate

Via Santi Cosma e Damiano n. 10

20871 – Vimercate (MB)

[gare@pec.asst-vimercate.it](mailto:gare@pec.asst-vimercate.it)

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FORNITURA DI DISPOSITIVI PER L'OCCLUSIONE PERCUTANEA DELL'AURICOLA ATRIALE SINISTRA PER LA U.O.C. CARDIOLOGIA DEL PO DI VIMERCATE**

Istanza di partecipazione e connessa dichiarazione

Il sottoscritto .......................................................................................................................................................................

nato il ....................................a ..........................................................................................................................................

residente in ............................................................ via ......................................................................................................

codice fiscale n ....................................................................................................................................................................

in qualità di .........................................................................................................................................................................

dell’operatore economico.....................................................................................................................................................

con sede legale in ......................................................... via ................................................................................................

sede operativa in .........................................................via ..................................................................................................

codice fiscale n... ................................................... partita IVA n.......................................................................................

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

1. di essere in possesso dei requisiti di ordine generale di cui all’articolo 80 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i.,;
2. di essere Registrato alla piattaforma Sintel e qualificato per la ASST di Vimercate.

Per ogni comunicazione in merito alla presente procedura si comunicano i seguenti recapiti:

indirizzo PEC (posta elettronica certificata) ……………………………………………………………………………………………..

domicilio per le comunicazioni postali: ……………………………………………………………………………………………………

nominativo persona di riferimento: ………………………………………………………………… Tel. …………………...........

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma digitale