ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

ALLEGATO "C" - PROPOSTA ECONOMICA

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA RICERCA DI IMMOBILI IN LOCAZIONE AD USO SERVIZI SANITARI PER IL COMUNE DI CORLEONE.

(sezione da compilare se la domanda viene presentata da persone fisiche)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ (Provincia di_____) il __/__/____ residente nel Comune di_____ via/piazza _____ n. __ C.F. _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____ Pec _____

(sezione da compilare se la domanda viene presentata da società o ditta individuale)

La società/Ente _____ con sede nel Comune di _____ (Provincia di_____) via/piazza _____ n. __ C.F. _____ P.IVA. _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____ rappresentata dal/dalla sig./ra _____, nato/a a _____ (Provincia di_____) il __/__/____ residente nel Comune di_____ via/piazza _____ n. __ matricola INPS _____ (sede territoriale competente) codice Inail _____ numero REA _____ nella qualità di legale rappresentante pro-tempore o procuratore, come da procura allegata alla presente, domiciliato/a per la carica presso la sede della stessa, tel. _____ e-mail _____ Pec _____

con riferimento all'avviso di indagine di mercato protocollo n. _____ del _____

OFFRE

l'immobile sito in _____, via/piazza _____, censito in catasto al fg. _____ p.lla _____ sub. _____ con il seguente canone di locazione annuo (al netto iva ove applicabile)

In cifre

_____

In lettere

(_____)

al citato canone di locazione andranno aggiunti i seguenti oneri accessori annui (eventuale, se previsti)

In cifre

_____

In lettere

U.O.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO ASP PALERMO

(_____)

E DICHIARA

anche ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. che:

1. il canone di locazione è assoggettato ai fini dell'IVA al valore del_____%.
2. l'offerta è irrevocabile ed impegnativa fino a 12 (dodici) mesi dalla data di scadenza del termine fissato per la sua presentazione;
3. l'offerta non sarà in alcun modo vincolante per la ASP PALERMO.

Luogo e data _____

Firma

_____

Dichiaro di essere informato, ai sensi, e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati, che i dati da me forniti saranno trattati come dal relativo paragrafo dell'Avviso.

Luogo e data _____

Firma

_____