Modello C
Allegato 4

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE, IN LOCAZIONE ATTIVA, MEDIANTE PROCEDURA AD EVIDENZA PUBBLICA, DEGLI IMMOBILI DI PROPRIETA' DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO SITI NEL COMUNE DI PALAZZO ADRIANO.

PROPOSTA ECONOMICA

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

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

(sezione da compilare se la domanda viene presentata da persona giuridica)

La (società/Associazione/Ente/ect.) _____ con sede nel Comune di _____ (Prov. _____) via/piazza _____ n. __ C.F. _____ P.IVA. _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____ rappresentata dal/dalla sig./ra _____, nato/a a _____ (Prov. ____) il __/__/____ residente nel Comune di_____ via/piazza _____ n. __ 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 PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE, IN LOCAZIONE ATTIVA, , MEDIANTE PROCEDURA AD EVIDENZA PUBBLICA, DEGLI IMMOBILI DI PROPRIETA' DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO SITI NEL COMUNE DI PALAZZO ADRIANO

OFFRE

per l'immobile di seguito contraddistinto il canone di locazione mensile (al netto iva ove applicabile)

X	N	Indirizzo	Fg.	Part./sub.	offerta in cifre	offerta in lettere
	1	Via XX Settembre, 2	MU	466/1		
	2	Via XX Settembre, 4	MU	466/2		
	3	Via XX Settembre, 6	MU	466/3-4-5		
	4	Via XX Settembre, 8	MU	466/7 – 467/2		
	5	Via XX Settembre, 10	MU	466/6		
	6	Via Cavour, 9	MU	799/3		

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

_____