

ATTESTATO DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

Affidamento fornitura in full service di sistemi analitici per l'esecuzione di test di biologia molecolare tri-NAT per la ricerca di (HCV-HIV-HBV) e WNV finalizzata alla validazione in singolo di unità di sangue, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche presso la S.C. Medicina Trasfusionale del Ospedale Policlinico San Martino per un periodo di anni tre, con opzione di rinnovo per ulteriori anni due. N. GARA 8000215

☐ **1. In caso di partecipazione singola:**

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di:

☐ Rappresentante legale _____

☐ Procuratore _____

Fornito dei necessari poteri dall'Impresa _____

Con sede legale in _____ Via _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Tel. _____ Fax _____

E mail _____

☐ **2. in caso di partecipazione in RTI già costituito:**

I sottoscritti:

Sig. _____ ☐ Rappresentante legale ☐ Procuratore

Sig. _____ ☐ Rappresentante legale ☐ Procuratore

della Ditta _____

Con sede legale in _____ Via _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Tel. _____ FAX _____

E mail _____

del costituito RTI _____

☐ **3. In caso di partecipazione in RTI non ancora costituito:**

I sottoscritti:

Sig. _____	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale	<input type="checkbox"/> Procuratore Impresa _____
Sig. _____	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale	<input type="checkbox"/> Procuratore Impresa _____
Sig. _____	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale	<input type="checkbox"/> Procuratore Impresa _____
Sig. _____	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale	<input type="checkbox"/> Procuratore Impresa _____

Sig. _____	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale	<input type="checkbox"/> Procuratore Impresa _____
Sig. _____	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale	<input type="checkbox"/> Procuratore Impresa _____

DICHIARA/DICHIARANO

- di aver preso visione dei documenti di gara;
- di aver effettuato il sopralluogo obbligatorio presso l'Azienda _____

- di aver acquisito tutte le informazioni necessarie alla stesura dell'offerta relativamente a tutto quanto necessario per la corretta messa in opera dei beni e servizi richiesti.

Si allega copia del documento/dei documenti d'identità.

Data _____

per la/le Ditta/e

Per l'Ospedale Policlinico
San Martino

