



DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Modello M-7

**Procedura aperta per l'affidamento della fornitura di Materiale e attrezzature
per laboratorio analisi occorrenti alle AA.SS.LL., EE.OO. e IRCCS della
Regione Liguria (fase III)
Area - Microbiologia e diagnostica delle infezioni - Lotti n° 21
Numero gara 9120599**

DICHIARAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

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

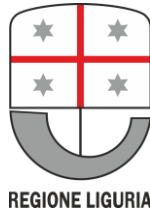
della Ditta _____

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'Azienda sanitaria
