



REGIONE DEL VENETO
Azienda
Ospedale
Università
Padova

Manifestazione d'interesse

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
in qualità di _____
della Ditta _____
con sede legale in: via/piazza _____
Comune _____ Prov. _____
Codice fiscale _____ Partita IVA _____
Tel. n. _____ Fax n. _____
Indirizzo mail ufficio gare _____
PEC _____
CCNL _____

Manifesta il proprio interesse a partecipare all'eventuale procedura per l'acquisto di

Fornitura di servizio di supporto finalizzato alla consulenza in ambito di assicurazione di qualità degli studi di Fase I delle UOC Oncoematologia Pediatrica e di Patologia Neonatale dell'Azienda Ospedale-Università Padova.

Si autorizza espressamente la Stazione Appaltante ad inviare eventuali comunicazioni relative alla procedura in oggetto al seguente indirizzo di posta elettronica certificata _____ o al seguente numero di fax _____.

Letto confermato e sottoscritto.

(Luogo e data) _____

FIRMA
(per esteso)

N.B.: Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere *allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore, pena l'esclusione dalla procedura.*