

ALLEGATO 2
BANDO DI ASTA PUBBLICA PER LA VENDITA DI
AUSILI SANITARI-MONTASCALE
DI PROPRIETA' DELL'AZIENDA USL DI MODENA

MODULO OFFERTA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 46 - 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

IN CASO DI PERSONA FISICA

Il sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in Via _____
Codice Fiscale _____
indirizzo e-mail _____
recapito telefonico/cell.: _____

IN CASO DI PERSONA GIURIDICA

Il sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
recapito telefonico/cellulare _____
Codice Fiscale _____
in qualità di (barrare la voce corrispondente alla propria posizione)
☐ titolare (in caso di ditta individuale)
☐ socio della Ditta (in caso di Società in nome collettivo)
☐ socio accomandatario della Ditta (in caso di Società in accomandita semplice)
☐ amministratore munito di poteri di rappresentanza della Ditta (per ogni altra società o Ente)

della seguente Ditta o Ente:

Indirizzo Sede Legale della Ditta/Ente _____

Codice Fiscale _____ - Partita IVA _____

indirizzo e-mail della Ditta/Ente _____

PRESENTA

istanza di partecipazione all'Asta Pubblica per la vendita di AUSILI SANITARI-MONTASCALE di proprietà dell'Azienda USL di Modena, a lotti singoli - con **scadenza alle ore 17,00 di Venerdì 7 Novembre 2025** e apertura in seduta pubblica dei plichi contenenti le offerte per il giorno **Lunedì 10 Novembre 2025 alle ore 14,30 - mediante l'OFFERTA risultante dalla sottostante tabella**

Numero del LOTTO OFFERTA	DESCRIZIONE del lotto	IMPORTO A BASE D'ASTA EURO	IMPORTO OFFERTO EURO

A tal proposito

DICHIARA

- di essere a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445, concernenti le sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci e la formazione e l'uso di atti falsi;
- di aver preso piena conoscenza ed accettare incondizionatamente quanto indicato e previsto nel corrispondente Avviso d'Asta Pubblica e in tutti i documenti ad esso allegati;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n.196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018, per quanto attiene lo svolgimento degli adempimenti inerenti la procedura in questione, nonché per le attività ad essa correlate e conseguenti.

Data _____ Firma _____

ALLEGATI

- 1) copia fotostatica di **un valido documento di identità del sottoscrittore**;
- 2) eventuale originale o copia conforme all'originale della **procura**.