

da compilare su carta intestata

Allegato A

All'Ordine dei Farmacisti della
provincia di Napoli
SEDE

**OFFERTA DI SPONSORIZZAZIONE
PER REALIZZAZIONE DI UNA CAMPAGNA DI
SENSIBILIZZAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE
VACCINAZIONI DELL'ADULTO E DEI SOGGETTI A RISCHIO**

Il sottoscritto _____,

nato a _____ il _____

in qualità di legale rappresentante/titolare di/procuratore/delegato della/del
società/impresa/ente/istituzione (nome/ragione sociale):

Forma giuridica _____

Codice fiscale _____

Partita IVA _____

Categoria commerciale _____

Iscrizione al registro delle imprese n. _____

CCIA di _____

Con sede/residenza in _____

a valere anche quale domicilio eletto per la presente procedura;

telefono: _____; cell. _____

e-mail: _____ PEC _____

in conformità alle disposizioni del D.P.R. n. 445/2000, incluso l'art. 47 comma 2 per quanto dichiarato riguardo alle altre persone diverse da se stesso e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e, altresì, consapevole della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere

COMUNICA

che la società/l'impresa/ente/istituzione esercita la seguente attività (descrizione dell'attività):

DICHIARA

1. di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione per poter contrarre con la pubblica Amministrazione (*ex art. 80 DLgs 50/2016*);
2. di non essere debitore nei confronti dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Napoli;
3. di accettare tutte le clausole contenute nell'avviso;
4. di assumere, in caso di accettazione della proposta, tutte le responsabilità e gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di sponsorizzazione;

OFFRE

All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Napoli la seguente forma di sponsorizzazione (barrare la forma di sponsorizzazione offerta):

Sponsorizzazione finanziaria (sotto forma di erogazione economica).

Valore economico della sponsorizzazione finanziaria i.v.a. esclusa:

€ _____ (in cifre) (_____ in lettere)

per **CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE VACCINAZIONI DELL'ADULTO E DEI SOGGETTI A RISCHIO**

E RICHIEDE

All'Ordine dei Farmacisti della provincia di Napoli di associare la propria immagine aziendale / logo all'evento: **CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE VACCINAZIONI DELL'ADULTO E DEI SOGGETTI A RISCHIO.**

Luogo e data

Firma

La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità in corso di validità del dichiarante. Non necessita in caso di firma digitale.