

Modulo iscrizione all'elenco Organizzazioni che effettuano il trasporto dalla propria abitazione ai centri dialisi dei
cittadini residenti territorio A.S.L. Roma 3
All. A

Il/La sottoscritto/a

nato/a il

in qualità di Titolare/Legale Rappresentante della

.....

.....

Con sede in Via

n.

C.A.P.

Consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci la falsità negli atti e l'uso di atti falsi (anche originali e copie autenticate), ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, nonché del D.P.R. n. 445/2000, nei casi previsti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia che comportano la decadenza dall'Albo, dichiara quanto segue:

D I C H I A R A

DENOMINAZIONE

.....

SEDE LEGALE

.....

N. TEL.

N. FAX

E-MAIL

.....

SEDE AMMINISTRATIVA (se diversa)

.....

N. TEL.

N. FAX

E-MAIL

.....

.....

.....

*Modulo iscrizione all'elenco Organizzazioni che effettuano il trasporto dalla propria abitazione ai centri dialisi dei
cittadini residenti territorio A.S.L. Roma 3
All. A*

REFERENTE DEL SERVIZIO

N° TEL.

N° FAX

E-MAIL

RAPPRESENTANTI O PROCURATORI LEGALI

_____ cognome e nome qualifica

_____ cognome e nome qualifica

_____ cognome e nome qualifica

INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE

PARTITA I.V.A.

CODICE FISCALE

ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE/C.C.I.A.A. (numero e data di iscrizione):

ISCRIZIONE ALBO REGIONE LAZIO (numero e data di iscrizione):

INFORMAZIONI ECONOMICHE/FINANZIARIE

FATTURATO e CAPITALE SOCIALE

	Fatturato	Capitale sociale
Ultimo "Bilancio d'Esercizio" approvato anno 20__		
Penultimo "Bilancio d'Esercizio" approvato anno 20__		

PERSONALE IMPIEGATO

N° Dirigenti	N° Impiegati	N° Operai	TOTALE

PRINCIPALI LINEE DI PRODOTTO O ATTIVITA' (vedi albo fornitori con relativi gruppi merceologici)

CATEGORIA DI APPARTENENZA (se più di una, definire per quali linee di prodotto)

Produzione (specificare se industriale o artigianale) _____

Commercio (specificare se ingrosso o dettaglio) _____

Servizi _____

Altre _____

EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI

CHIEDE

Di essere iscritto all'elenco dell'ASL Roma 3 di cui al DCA n. U00441/2014 "Disposizioni in materia di nefropatie e dialisi, di contributi per spese di trasporto e prestazioni dialitiche"

Firma del Titolare/Legale Rappresentante

Trattamento dati conferiti.

I dati personali raccolti dall'Ente ai fini dell'istituzione e della gestione dell'Albo dei Fornitori saranno oggetto di trattamento, esclusivamente per il fine in vista del quale sono stati raccolti.

Allega al presente modulo:

- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del firmatario;
- certificato della Camera di Commercio contenente la dicitura "antimafia" e comprensiva della dichiarazione di vigenza dell'impresa.

Si esprime il consenso al trattamento dei dati della Cooperativa e delle persone fisiche interessate effettuato dalla Regione Lazio ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm. ii. GDPR 2016/679.

Data

Timbro dell'Impresa Firma del legale rappresentante