

AVVALIMENTO – DICHIARAZIONI DELL'IMPRESA AUSILIARIA

Spett.le
Farmacie Comunali Riunite FCR
via Doberdò, 9 - 42122
Reggio Emilia

OGGETTO:

CIG:

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
Codice Fiscale _____ in qualità di _____
dell'Operatore Economico _____
con sede legale in _____ via _____
Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
telefono _____ fax _____ e-mail _____

DICHIARA
ai sensi del D.P.R. 445/00

A) di possedere idonea qualificazione per la esecuzione delle attività che si impegna a ausiliare in esecuzione dell'appalto ed in particolare di avere la seguente qualificazione:

B) di obbligarsi verso il concorrente e verso la Stazione Appaltante a mettere a disposizione per tutta la durata dell'appalto le risorse necessarie di cui è carente il concorrente ausiliato;

C) di non partecipare alla gara in proprio o associata o consorziata ai sensi dell'art. 34 del d.lgs. 163/2006;

D) si allega contratto valevole ai fini dell'avvalimento.

Letto, confermato e sottoscritto in data:

Il Dichiarante¹

Timbro e Firma leggibile

1 Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000. In caso di procuratore firmatario dell'impresa, deve essere allegata la relativa procura o copia della stessa.