



---

---

ALLEGATO "A"

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
qualifica sottoscrittore \_\_\_\_\_  
ragione sociale ditta rappresentata \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_  
codice fiscale e/o partita IVA \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

D I C H I A R A

- che le attrezzature offerte sono conformi alle disposizioni in materia di sicurezza e di prevenzione infortuni con particolare riferimento al D.Lgs. 626/1996 e D.L. 81/08 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che la ditta è in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per la produzione e la commercializzazione dei prodotti offerti ed impegno a comunicare immediatamente all'Ente le eventuali sospensioni o revoche delle autorizzazioni di cui sopra;
- che la garanzia sulle attrezzature e relativi accessori sono comprensive delle ore di mano d'opera e spese di viaggio e trasferta,;
- di essere disponibile a fornire parti di ricambio, accessori e materiale di consumo per un periodo non inferiori a dieci anni dalla data di collaudo positivo alla ASL o alla società terza incaricata della manutenzione;
- che il codice identificativo del fabbricante è \_\_\_\_\_;
- che il codice specifico di registrazione in Banca Dati Nazionale dei Dispositivi Medici è \_\_\_\_\_; (se non applicabile specificarne la motivazione)
- che il codice CND è \_\_\_\_\_. (se non applicabile specificarne la motivazione);
- minimo d'ordine è \_\_\_\_\_;
- tempi di consegna dall'ordine è di giorni \_\_\_\_\_.

La/il dichiarante

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_