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

- o che i prodotti offerti 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;
- o 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;
- o che il codice identificativo del fabbricante è _____;
- o che il codice specifico di registrazione in Banca Dati Nazionale dei Dispositivi Medici è _____; (se non applicabile specificarne la motivazione)
- o che il codice CND è _____. (se non applicabile specificarne la motivazione);
- o minimo d'ordine è_____;
- o tempi di consegna dall'ordine è di giorni_____.

La/il dichiarante

_____ lì _____ _____