



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228

ALLEGATO A

DA PRESENTARE SU CARTA INTESTATA DEL SOGGETTO PROPONENTE

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI TRENTO
Via Valentina Zambra, 16
38121 TRENTO

PEC: segreteria.tn@pec.omceo.it

**OGGETTO: AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER AFFIDAMENTO DIRETTO EX ART. 50
D.LGS 36/2023 DEL SERVIZIO DI CASSA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO PER IL PERIODO 2025-2027**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ in qualità di titolare/legale rappresentante
dell'impresa _____
(indicare eventuale denominazione e forma giuridica), codice fiscale _____,
partita IVA _____, con sede legale in _____,
provincia _____, via _____, n. _____,
CAP _____, telefono _____, e-mail _____,
PEC _____, Iscrizione al registro delle imprese C.C.I.A.A. di
_____, al numero _____ quale soggetto proponente la presente
manifestazione di interesse, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di
dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto
degli artt. 46 e 47 del citato DPR n. 445/2000 e

PRESO ATTO

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nell'avviso approvato con delibera del Consiglio
Direttivo n. 19 24 02/03 del 16 ottobre 2024, pubblicato sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Trento in data 21 ottobre 2024

MANIFESTA

l'interesse a partecipare all'avviso

DICHIARA

- che il soggetto proponente è in possesso dei requisiti di ammissione individuati nel suindicato avviso;
- di accettare che ogni comunicazione relativa alla procedura di cui trattasi, venga validamente inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (della cui operatività il dichiarante si assume ogni rischio):
_____;
- di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento;



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

*Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228*

- di essere a conoscenza che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento si riserva di interrompere il procedimento avviato in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, senza che i soggetti istanti possano vantare alcuna pretesa;
- di accettare incondizionatamente tutte le clausole e condizioni contenute nell'avviso di indagine di mercato;
- di non incorrere in cause di incompatibilità o inconfiribilità dell'incarico ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- di essere informato, ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. 30/06/2003 n. 196, modificato dal D. Lgs. N. 101 del 10/08/2018 e dal Regolamento UE n. 679/2016, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega alla presente, a pena di nullità:

- fotocopia del documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità, ai sensi del DPR 445/2000;
- preventivo di offerta su carta intestata.

Luogo e data _____

FIRMA _____