

MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE (all. B)

(da compilare, firmare ed inserire in busta A – Documentazione Amministrativa)

Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO DI VENDITA AL MIGLIOR OFFERENTE DEI BENI COSTITUENTI MAGAZZINO DELLA FARMACIA COMUNALE DI SEDRIANO.

Il sottoscritto nato a
..... il residente a
..... in Via/Piazza
..... n°Tel.....
E-mail..... Codice Fiscale
in qualità di titolare o rappresentante legale della
..... con sede in
..... codice fiscale Partita
IVAin possesso della piena capacità di agire, consapevole delle
sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del
codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

- di non essere stato interdetto, inabilitato o fallito, né di avere in corso procedure per nessuna di tali situazioni;
- di possedere tutti i poteri necessari a porre in essere tutti gli atti, compresi quelli preliminari e propedeutici, occorrenti per acquistare in nome e per conto della società sopra menzionata;
- che la società o altro soggetto partecipante all'asta non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività, di concordato preventivo, di liquidazione coatta amministrativa né in qualsiasi altra procedura concorsuale, e non è pendente un procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui al D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- di essere operante nel settore farmaceutico e di essere iscritto alla CCIAA con oggetto sociale coerente con l'oggetto del presente avviso;
- che non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alla gara di cui all'art. 94 del D.Lgs. n. 36/2023;
- che non è stata applicata alcuna sanzione interdittiva di cui all'art. 9, comma 2, lettera c) del D.Lgs. n. 231/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione;

CHIEDE

di partecipare all'asta per la vendita dei beni costituenti magazzino della Farmacia Comunale di Sedriano ed a tal fine

ALLEGA

- copia di valido documento di identità;

- visura camerale aggiornata o altro documento attestante i poteri di firma del rappresentante legale;

E DICHIARA ALTRESI'

di essere informato, Ai sensi del Reg. UE 679/2016 e succ. modificazioni ed integrazioni, che tutti i dati personali saranno raccolti dall'Azienda Speciale Farmacie Comunali di Sedriano e trattati esclusivamente per finalità inerenti la procedura nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma_____