

Allegato 1 al Disciplinare di gara.
Primi 30 giorni di malattia ed eventuali conseguenze di lungo periodo per i medici di assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale: copertura assicurativa per il rischio dell'eventuale eccedenza dei sinistri totali rispetto alla soglia prefissata.
Gara a procedura aperta.

Spett.le
Fondazione ENPAM
Piazza Vittorio Emanuele II n.78
00185 Roma

Oggetto: Primi 30 giorni di malattia ed eventuali conseguenze di lungo periodo per i medici di assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale: copertura assicurativa per il rischio dell'eventuale eccedenza dei sinistri totali rispetto alla soglia prefissata.
Gara a procedura aperta.
Codice CIG: 6471634153

Istanza di partecipazione

Il sottoscritto (nome) (cognome)
nato a (prov.) ___ il ___ / ___ / ___
residente in (prov.) ___
in qualità di (titolare, socio, legale rappresentante, procuratore)
dell'impresa (denominazione e ragione sociale),

CHIEDE

di partecipare alla gara europea a procedura aperta per Primi 30 giorni di malattia ed eventuali conseguenze di lungo periodo per i medici di assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale: Copertura assicurativa per il rischio dell'eventuale eccedenza dei sinistri totali rispetto ad una soglia prefissata.



Gara a procedura aperta.

di partecipare alla procedura di gara in oggetto in qualità di:

(barrare la casella di proprio interesse)

- impresa singola;
- mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese costituito con le imprese _____
_____;
- mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese costituendo con le imprese _____
_____;
- mandante di un raggruppamento temporaneo di imprese costituendo con le imprese _____
_____;
- consorzio ordinario di concorrenti di cui agli artt. 34 e 37 del D.Lgs. 163/2006 e s.m.i.;
- consorziata di un consorzio di cui agli artt. 34 e 37 del D.Lgs. 163/2006 e s.m.i.;
- consorzio stabile di cui dagli artt. 34, 35 e 36 del D.Lgs. 163/2006 e s.m.i., indicando quale consorziata esecutrice l'impresa _____
_____;
- consorziata di un consorzio stabile di cui dagli artt. 34, 35 e 36 del D.Lgs. 163/2006 e s.m.i.
- consorzio di cooperative di cui dagli artt. 34, lett. b), 35 e 36 del D.Lgs. 163/2006 e s.m.i.,
indicando quale consorziata esecutrice l'impresa

_____;
- consorziata di un consorzio di cooperative di cui dagli artt. 34, lett. b), 35 e 36 del D.Lgs. 163/2006 e s.m.i.
- altro (specificare): _____

COMUNICA



ai sensi dell'art. 79, comma 5-quinquies, del d.lgs. n. 163/2006 e s.m.i., che il domicilio eletto per tutte le comunicazioni ufficiali che saranno effettuate dalla Fondazione, l'indirizzo di posta

elettronica (certificata) ed il numero di fax, sempre al fine dell'invio delle comunicazioni stesse, nonché altri recapiti, sono i seguenti:

domicilio

posta elettronica

fax

telefono fisso

telefono mobile

-----, li __/__/-----

Firma (*)

(*) *A pena di esclusione, allegare la fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità – Se procuratore allegare anche la procura speciale in originale o copia conforme all'originale ai sensi del d.P.R. n. 445/2000.*

