



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
U.O.C. TECNICO PATRIMONIALE

Direttore
Dott. Ing. Rossella Delbò
Tel. 0382 503695
Fax 0382 503039
ufficiotecnico@smatteo.pv.it
ufficiotecnico@pec.smatteo.pv.it

P-20140008134

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE A MEZZO PIATTAFORMA SINTEL PER ESPLETAMENTO DI PROCEDURA NEGOZIATA

SERVIZIO DI TELECONTROLLO, ASSISTENZA TELEFONICA, MANUTENZIONE ORDINARIA DI IMPIANTO DI
TRASPORTO PNEUMATICO INSTALLATO PRESSO LA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO" DI
PAVIA, PER UN PERIODO DI 3 ANNI DA SETTEMBRE 2021 AD AGOSTO 2024

(CIG 8802634360)

MODULO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

in qualità di (*carica sociale*) _____

della società _____

sede legale _____

sede operativa _____

n. telefono _____ n. fax _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

manifesta interesse alla procedura in oggetto e

CHIEDE

di essere invitato alla eventuale relativa gara.

A tal fine,

DICHIARA:

**ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali ed amministrative
connesse a chiunque rilasci dichiarazioni false e/o mendaci secondo quanto disposto dall'art.
76 D.P.R. 445/2000:**

- 1) di essere in possesso di iscrizione CCIAA per codice ATECO F.43.29.01
- 2) di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.;
- 3) di essere in possesso di adeguata copertura assicurativa all risk per l'esercizio dell'attività;
- 4) che il fatturato minimo annuo per gli ultimi tre anni non risulta inferiore all'importo annuo a base d'appalto (€ 71.000,00);
- 5) di poter utilizzare, per l'esercizio del servizio, solo ed esclusivamente ricambi originali e nuovi del produttore OPPENT, manodopera tecnica specializzata proveniente dalla casa costruttrice stessa o da essa abilitata e certificata ufficialmente per iscritto;
- 6) di avere effettuato nell'ultimo triennio almeno un servizio di manutenzione di impianti di posta pneumatica aventi estensioni e tipologia analoghi a quello installato presso la scrivente Fondazione, in Ospedali o strutture sanitarie.

N.B. Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del/i soggetto/i firmatario/i.

Documento informatico da firmarsi digitalmente ai sensi del testo unico D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, del D.Lgs. 7 marzo 2005, n.82 e norme collegate