

apuafarma

Farmacie Comunali Carrara SpA
Viale XX Settembre 177/B
54031 Avenza Carrara (MS)
P.IVA 00637560459
tel. 0585/55617
fax 0585/600266



RICHIESTA DI ACQUISTO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

IN QUALITÀ DI: _____

CHIEDE CHE VENGA AUTORIZZATO ALL'AFFIDAMENTO DI: ☐ FORNITURA ☐ SERVIZIO ☐ LAVORO

DESCRIZIONE DI MASSIMA DELLA RICHIESTA:

EVENTUALI SPECIFICHE TECNICHE DELLA FORNITURA/SERVIZIO/LAVORO:

EVENTUALI REQUISITI DI AMMISSIONE RICHIESTI:

EVENTUALI RIFERIMENTI AD ELABORATI DI ORDINE PROGETTUALE (CAPITOLATI GESTIONALI):

PREZZO PREVENTIVATO EURO _____ DAL FORNITORE _____

(compilare solo se richiesto e allegare preventivo secondo quanto previsto dal "RG001 Regolamento per le spese in economia")

DISPONIBILITA' ECONOMICA NEL BUDGET _____

DATA DI ADEMPIMENTO CONTRATTUALE/DURATA DEL CONTRATTO _____

☐ ATTIVITA' PIANIFICATA

☐ URGENZA SOPRAVVENUTA

RESPONSABILE UNICO DEL PROCESSO _____

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, per proprio conto **l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.**

In fede,

Data della richiesta _____ Firma del richiedente _____