

DICHIARAZIONE DI SUBAPPALTO

ALL'AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Via M.Minghetti 10 – 00187 Roma

CIG 6253408B85

GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI CONCERNENTI IL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER IL PERSONALE DELL’AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome e nome)

nato a _____ (_____), il _____

(luogo) (prov.) (data)

residente a _____ (_____), Via _____, n. _____

(luogo) (prov.) (indirizzo)

in qualità di legale rappresentante del concorrente

“ _____ ” con sede legale in

_____ (_____), Via _____, n. _____,

(luogo) (prov.) (indirizzo)

DICHIARA

che la parte del servizio eventualmente da subappaltare è la seguente:

Dichiara altresì che la quota percentuale della parte da subappaltare è contenuta entro il limite massimo del 30% dell’importo contrattuale.

_____, li _____

(luogo, data)

FIRMA del Legale Rappresentante/Procuratore

(timbro e firma leggibile)

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

Qualora la documentazione venga sottoscritta dal “procuratore/i” della società ed dovrà essere allegata copia della relativa procura notarile (GENERALE O SPECIALE) o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza.