

ALLEGATO A

Al Comune di Palagonia
Comune Capofila del Distretto Socio Sanitario D20

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ il _____ Codice Fiscale _____
_____ in qualità di:

- Titolare
- Legale Rappresentante
- Procuratore

della ditta _____ con sede in _____
_____ P.IVA _____ PEC _____
_____ Telefono _____

CHIEDE

l'iscrizione nell'elenco aperto degli operatori economici disponibili alla fornitura di beni di prima necessità nell'ambito degli interventi di emergenza sociale del Distretto Socio Sanitario D20.

DICHIARA

- iscrizione alla CCIAA competente;
- possesso delle autorizzazioni necessarie;
- assenza delle cause di esclusione previste dal D.Lgs. 36/2023;
- regolarità contributiva e fiscale ove prevista;
- presa visione e accettazione integrale dell'Avviso.

TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ

- Farmacia
- Parafarmacia
- Supermercato
- Alimentari
- Igiene personale
- Prodotti per l'infanzia
- Abbigliamento
- Calzature
- Altro _____

BENI DISPONIBILI

- Generi alimentari
- Prodotti per l'igiene
- Prodotti per l'infanzia
- Farmaci da banco
- Dispositivi medici
- Pannolini e pannoloni
- Abbigliamento
- Calzature
- Altro _____

TEMPI DI FORNITURA

- Immediata
- Entro 12 ore
- Entro 24 ore
- Entro 48 ore

DISPONIBILITÀ ALLA CONSEGNA

- Ritiro presso il punto vendita
- Consegna presso il Comune richiedente
- Consegna presso il domicilio del beneficiario
- Da concordare caso per caso

DISPONIBILITÀ TEMPORALE

- Giorni feriali
- Sabato
- Domenica
- Festivi
- H24

REFERENTE PER LE EMERGENZE

Nome e Cognome: _____

Telefono: _____

Cellulare: _____

E-mail: _____

EVENTUALI CONDIZIONI AGEVOLATE

- Disponibilità ad applicare scontistiche dedicate
- Disponibilità a condizioni agevolate da concordare

Note: _____

ALLEGATI

- Documento di identità del sottoscrittore
- Visura camerale (facoltativa)
- Altra documentazione utile

Palagonia li _____

Firma
