

**ALL'ATTENZIONE DEL RUP DOTT. SSA MARIELLA PINCHI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)  
residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(luogo)  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'impresa \_\_\_\_\_  
(ragione sociale)  
\_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
partita Iva \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere invitato alla procedura di gara negoziata, per l'affidamento della **fornitura per il noleggio e l'acquisizione di "Sistemi di Terapia a Pressione Negativa per il trattamento di lesioni cutanee complesse" necessari a soddisfare le esigenze dell'Usl Umbria 2 (durata 24 mesi)**, che verrà espletata ai sensi dell'art.1, comma 2 lett. b) del D.L. n.76/2020, convertito in L. 120/2020, convertito in L. n.120/2020, come modificato con D.L. n. 77/2021, convertito con Legge n.108/2021, su piattaforma telematica (MEPA) "Bando Beni - Forniture specifiche per la sanità", e sarà aggiudicata secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell'art.95, comma 2 del D. Lgs. n.50/2016 ss.mm.ii, per **l'importo complessivo presunto a base d'asta pari a € 136.900,00 oltre iva.**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

**DICHIARA**

- Che non sussistono motivi di esclusione di cui all'art.80 D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;
- Di avere effettuato, negli anni precedenti di seguito indicati, identiche/analoghe forniture alle seguenti Aziende sanitarie/ospedaliere per i seguenti valori:

| Anno | Enti – Aziende sanitarie /ospedaliere | Valore Fornitura |
|------|---------------------------------------|------------------|
|      |                                       |                  |
|      |                                       |                  |
|      |                                       |                  |

**Il sottoscritto allega alla presente copia fotostatica di proprio documento di riconoscimento (fronte/retro) in corso di validità.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_