|  |
| --- |
| **MODULO PER L’ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL’IMPOSTA DI BOLLO CON CONTRASSEGNO TELEMATICO PER LA PRESENTAZIONE DELL’ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA APERTA PER LA FORNITURA DI DISPOSITIVI PER RESPIRAZIONE, UTILIZZATI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE PER LE NECESSITA’ DELLE AZIENDE SANITARIE ASL CN1 E ASL CN2 PER UN PERIODO DI 36 MESI**  **LOTTO N. .............. – CIG...........................................................** |
| ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO |
| **Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (Art. 75 e 76 DPR 28.12.2000 n. 445) trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445 quanto segue**: |

*Spazio per l’apposizione del contrassegno telematico*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome | Nome |  |
| Nato a | Prov.: | Il |
| Residente in | Prov.: | CAP |
| Via/Piazza | N. |  |
| Tel. | Fax Cod. Fisc. |  |
| **IN QUALITÀ DI** |  |  |
| □ Persona fisica | □ Procuratore speciale |  |
| □ Legale rappresentante della Persona giuridica | |  |
| **DICHIARA** | |  |
| **che, ad integrazione del documento, l’imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale** tramite apposizione del contrassegno telematico su questo cartaceo trattenuto, in originale, presso il mittente, a disposizione degli organi di controllo.  A tal proposito dichiara inoltre che la **marca da bollo applicata di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ha: IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| di essere a conoscenza che l’ASL CN1 potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli. | | |