

ATTENZIONE!

Il presente modello deve essere compilato in stampatello ed in modo leggibile in ogni sua parte **provvedendo a selezionare le parti che interessano e/o a cancellare le parti che non interessano. Allegare fotocopia del documento di identità.**

Spett.le **COMUNE DI QUARRATA**
Via Vittorio Veneto 2
50139 Quarrata (PT)

**INDAGINE DI MERCATO AI SENSI DELL'ART.23 BIS DEL DL 112/2008
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UNA SOCIETA' MISTA E
CONTESTUALE AFFIDAMENTO DELLA GESTIONE DI FARMACIE COMUNALI.
COMUNE DI QUARRATA E LARCIANO**

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ nella mia qualità di _____
autorizzato/a a rappresentare legalmente l'impresa _____
codice fiscale _____ partita IVA _____
con sede legale in _____
via/piazza _____
fax¹ _____ e-mail² _____

Manifesta il proprio interesse a partecipare alla procedura di indagine di mercato indetta dai comuni di Quarrata e Larciano quale:

Persona fisica³;

Persona giuridica⁴

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e delle sanzioni cui posso essere sottoposto qualora ricorrano le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci indicate all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARO, AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000:

- a) di aver preso visione e di accettare integralmente e senza riserva alcuna l'avviso di indagine di mercato, ed in particolare le condizioni di cui all'art. 3, lettere da a) a p), ritenendo le predette condizioni congrue ed accettabili;
- b) di possedere una struttura aziendale idonea allo scopo per risorse umane, finanziarie e strumentali, e di impegnarsi in ogni caso a partecipare alla eventuale successiva procedura di gara che le Amministrazioni Comunali vorranno esperire;
- c) **(in caso di persona fisica)** di aver svolto l'attività di direzione di farmacia per almeno 3 anni ed in particolare:

¹ Il presente numero di fax potrebbe essere utilizzato per le comunicazioni effettuate in sede di indagine di mercato

² Il presente indirizzo di posta elettronica potrebbe essere utilizzato per le comunicazioni effettuate in sede di indagine di mercato.

³ Si veda art. 5 lett.a) dell'avviso

⁴ Si veda art.5 lett.b) dell'avviso

Nome Farmacia	Indirizzo della Farmacia	Periodo dal / al	Qualifica (farmacista o direttore) ⁵

d) (in caso di persone giuridiche) di essere iscritto alla CCIAA di _____, al numero _____, oggetto sociale: _____;

d1) di aver svolto l'attività di gestione di farmacie da almeno 3 anni ed in particolare:

Nome Farmacia	Indirizzo della Farmacia	Periodo dal / al

d2) di aver realizzato nel triennio antecedente la data di pubblicazione dell'avviso (2005/2006/2007) nel settore farmaceutico un fatturato complessivo di € _____ così declinato:

Anno	Importo
2005	€ _____
2006	€ _____
2007	€ _____

In allegato si invia una relazione/progetto nel quale viene brevemente illustrato:

- le risorse umane eventualmente messe a disposizione, inteso anche quale complesso di know how necessario;
- una bozza di piano di sviluppo delle sedi farmaceutiche, comprensivo anche di PEF, per i successivi 5 anni.

Inoltre AUTORIZZO il Comune di Quarrata al trattamento e alla conservazione dei dati nei propri archivi con le finalità indicate negli atti di gara e nel capitolato speciale d'appalto ed in conformità al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

_____ li _____

IN FEDE

(FIRMA)

⁵ Persone fisiche: debbano aver svolto l'attività di direzione di farmacia da almeno 3 anni; oppure in alternativa, l'attività di farmacista da 5 anni di cui 1 di direzione; i predetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del presente avviso.