DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ

(ex Art. 47 del D.P.R. n. 445/00)

**TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI**

Spett.le CEFPAS

OGGETTO: ODA \_**6047210**\_\_sul MePA di Consip S.P.A. con la Società Euro Medical Farm srl per la fornitura in acquisto di materiale didattico per i Moduli “Ustioni e piccola chirurgia” del “Corso Teorico-pratico Triennale in medicina di emergenza/urgenza 2020/2022” (CMEU 2020). Affidamento ai sensi della L. 120/2020. **CIG** ZD030DDA0C

Il sottoscritto ------------------------- nella qualità di --------------------------------- della società -------------------------------

Al fine di poter assolvere gli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall’art. 3 della L. n. 136/2010,

**comunica**

(ai sensi del comma 7 dello stesso art. 3)

* L’attivazione/esistenza del conto corrente dedicato alla gestione dei movimenti finanziari relativi agli appalto/commesse pubbliche a far data dal (si comunicano dati del conto ;
* I seguenti dati identificativi del conto corrente:
  + Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + Agenzia/Filiale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + Codice Iban:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* + Intestatario del conto corrente:
    - Ragione sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
    - Sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
    - Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* I seguenti dati identificativi dei soggetti (persone fisiche) che per l’impresa saranno delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data

**Il legale rappresentante**

**(firma digitale)**

**Alla suddetta dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario**