

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via/piazza _____ n. _____

CF _____

Tel _____ Fax _____

Mail _____

PEC _____

In qualità di:

- Persona fisica e in proprio nome, per conto e nell'interesse proprio;
- Rappresentante legale dell'Impresa:

Con sede legale a _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

E sede operativa a _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

CF: _____

P.IVA: _____

- Altro: _____

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALL'ASTA PUBBLICA PER L'ASSEGNAZIONE IN CONCESSIONE TEMPORANEA DI N. 1 LOCALE AD USO AMBULATORIO SITO IN VIA FLAVIA DI AQUILINIA N. 39/C, MUGGIA, PER ESERCIZIO ESCLUSIVO DI ATTIVITÀ DI TIPO MEDICO-SANITARIO

DICHIARA

1. di aver preso visione, aver compreso e di accettare integralmente e senza alcuna riserva tutte le clausole e condizioni che regolano la concessione specificate nell'avviso d'asta e negli atti richiamati;
2. di aver preso visione di tutti gli oneri, adempimenti e spese a carico dell'aggiudicatario;
3. di aver preso conoscenza del bene richiesto in concessione e di accettarlo nello stato di fatto e di diritto in cui si trova;

segue →

DICHIARA INOLTRE

Di voler esercitare all'interno del locale oggetto di concessione la seguente attività di tipo medico sanitario (specificare in maniera quanto più dettagliata il tipo di attività, nonché le giornate e le fasce orarie di apertura al pubblico):

Luogo e data

Firma

ATTENZIONE: Allegare la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.