

Bollo da
€ 16,00

Allegato D)

DICHIARAZIONE DI OFFERTA

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: _____

**IN CASO DI DOMANDA PRESENTATA DA DUE O PIÙ INTERESSATI AL FINE DI
DISPORRE DEL BENE IN COUSO, AGGIUNGERE I DATI DI TUTTI I RICHIEDENTI
(ripetere quante volte necessario):**

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: _____

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

PRESENTA/PRESENTANO LA SEGUENTE OFFERTA:

CANONE MENSILE A BASE D'ASTA	CANONE MENSILE OFFERTO	
€ 325,00	In cifre	In lettere
Euro trecentoventicinque/00	€	Euro

Luogo e data

Firma sig./sig.ra _____

(se domanda per couso)

Firma sig./sig.ra _____
