

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Pavia

DICHIARAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, in qualità di legale rappresentante della Ditta/Società/Ente _____
_____, P.IVA _____,
con sede legale in _____, Via _____ n. _____
indirizzo pec per eventuali comunicazioni: _____

MANIFESTA L'INTERESSE

Ad essere invitato/invitata a partecipare alla procedura per l'affidamento della fornitura di Dispositivi di Protezione Individuali di cui all'Avviso pubblicato sul sito istituzionale di ATS Pavia.

....., data.....

Firma.....