

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 del servizio di stampa, imbustamento e spedizione di fatture per l'ATS Pavia.

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

Firma.....

Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia

V.le Indipendenza, 3 - 27100 PAVIA - www.ats-pavia.it

Deliberazione costitutiva n. X/4469 del 10.12.2015 - C.F. e Partita IVA 02613260187

Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali

U.O.C. Affari Generali, Risorse Strumentali, Organizzazione e Sviluppo

☎ +39 0382 431521 Fax +39 0382 431312