

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Servizio di pulizie presso il Polo Sanitario di Medicina (Azienda Usl di Imola)

Il/La sottoscritto/a _____ (denominazione del dichiarante)
nato/a a _____, il _____
in qualità di legale rappresentante di _____
con sede legale in _____
via _____ n. _____
codice fiscale/partita IVA _____
tel. _____ pec _____ iscritto/a al
Registro della CCIAA di _____, al numero _____

DICHIARA

di essere interessato/a allo svolgimento del servizio in oggetto.

Data _____ Firma _____

n.b. alla presente dovrà essere allegata una copia di un documento valido del sottoscrittore