Allegato D

|  |
| --- |
| MODULO PER L’ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL’IMPOSTA DI BOLLO CON CONTRASSEGNO TELEMATICORELATIVO ALL’OFFERTA DI CARTA PER APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI – PRODOTTI ORIGINALI – PER LE ESIGENZE DI AZIENDA USL DI BOLOGNA, AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERISTARIA DI BOLOGNA, AUSL DI IMOLA, ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI, AZIENDA USL E AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA |

*Spazio per l’apposizione del contrassegno telematico*

Cognome Nome

Nato a Prov.: Il

Residente in Prov.: CAP

Via/Piazza N.

Tel. Fax Cod. Fisc.

**IN QUALITÀ DI**

□ Persona fisica □ Procuratore speciale□ Legale rappresentante della Persona giuridica

**DICHIARA**

□ che, ad integrazione del documento, l’imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione del contrassegno telematico su questo cartaceo trattenuto, in originale, presso il mittente, a disposizione degli organi di controllo. A tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ applicata ha: IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di essere a conoscenza che potranno essere effettuati controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data Firma digitale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***AVVERTENZE:***

*Il presente modello, provvisto di contrassegno sostitutivo del bollo deve essere debitamentecompilato e sottoscritto con firma digitale del dichiarante o del procuratore speciale ed allegato sul SATERcome indicato nella documentazione di gara.*