

(Modello 1)

OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE E RELATIVA OFFERTA

(Dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ Il _____

C.F. _____ residente in Via _____

Comune di _____ Provincia _____

Stato _____

Legale rappresentante della Ditta _____

Con sede nel Comune di _____

Provincia _____

Stato Via/Piazza n. _____

Telefono n. _____ Fax n. _____

C. F. _____ Partita I.V.A. _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura per l'affidamento del servizio di cassa, dei conti correnti e della produzione e invio dei bollettini MAV (per la riscossione delle quote annuali), dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri dell'Aquila - affidamento diretto attraverso un confronto concorrenziale delle offerte, per la gestione del servizio di cassa, dei conti correnti e della produzione e invio dei bollettini mav (per la riscossione delle quote annuali), dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri L'Aquila

In merito ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. medesimo, le sanzioni penali previste in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti pubblici,

DICHIARA

Barrare solo la casella che interessa:

(*qualora si tratti di soggetti diversi dalle banche*) di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 208 del D.Lgs. 267/2000 e successive modifiche ed integrazioni

Oppure

(*solo per le banche*) di essere autorizzata a svolgere l'attività di cui all'art.10 del D.Lgs. 385/1993;

di non trovarsi, né di essersi trovati, in alcuna delle condizioni di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs.50/2016;

che la stessa (o le stesse imprese e/o il Consorzio) e:

iscritta alla C.C.I.A.A. di _____

al numero _____

Ragione Sociale _____

per la seguente attività _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

e che i soggetti muniti di rappresentanza legale sono i signori (indicare nominativi nonché poteri loro conferiti):

inoltre(barrare la casella che interessa):

(*per le banche*) che la stessa (o le stesse) e iscritta all'albo di cui all'art. 13 D.Lgs. 385/93 (indicare estremi):

(*per le banche*) che gli esponenti aziendali dell'Istituto concorrente sono in possesso dei requisiti di onorabilità di cui al D.M. 161/1998;

che l'impresa (o le imprese e/o il Consorzio) ottempera a quanto disposto dalla L. n. 266 del 22/11/2002;

che non sussistono le condizioni previste dal D.Lgs.231/2001 e (*solo per le banche*) dall'art. 8 del D.Lgs. 197/2004 che impediscano di contrattare con le P.A.;

di non trovarsi, né di essersi trovati, in alcuna delle condizioni di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016

di conoscere ed accettare tutte le condizioni e le prescrizioni contenute nel bando approvato;

di obbligarsi, in caso di aggiudicazione del servizio:

- a non subappaltare ad altro Ente, Società, Istituto, il servizio in oggetto;

- ad aprire uno sportello entro 7 giorni dalla decorrenza del servizio nell'ipotesi in cui non vi fossero sportelli già esistenti nell'ambito del territorio comunale; ovvero ad impegnarsi a mantenere nel comune dell'Aquila una filiale/agenzia con sportello destinato al servizio in oggetto, a far data dal 01/12/2017 e per tutta la durata del contratto;

di rispettare gli obblighi previsti dal D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. per la salute nei luoghi di lavoro;

di acconsentire, ai sensi del D. Lgs. 196/03 e s.m.i. sulla tutela dei dati personali, al loro trattamento esclusivamente per le esigenze legate alla partecipazione alla gara in oggetto;

di essere in grado in ogni momento di certificare gli elementi sopra dichiarati e che, in caso di aggiudicazione dell'appalto, dovrà presentare i documenti necessari alla stipula del contratto, non appena l'ente ne farà richiesta;

di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente, senza condizioni, il contenuto.

In fede,

Data _____

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

NOTE (da leggere con attenzione):

COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ

La presente dichiarazione deve essere sottoscritta e corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore (A PENA DI ESCLUSIONE)

FIRMA CONGIUNTA

In caso di firma sociale congiunta, la dichiarazione dovrà essere sottoscritta da tutti i legali rappresentanti del soggetto concorrente e dovrà essere corredata dalle copie fotostatiche dei documenti di identità in corso di validità di tutti i soggetti firmatari. (A PENA DI ESCLUSIONE)

ULTERIORI PRECISAZIONI

In caso di raggruppamento temporaneo di impresa l'istanza e la dichiarazione dovrà essere redatta e sottoscritta da tutti i soggetti partecipanti e dovrà specificare le parti del servizio, che saranno eseguite da ogni associato (A PENA DI ESCLUSIONE).

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Costituirà motivo di esclusione dalla gara l'omissione anche di una sola delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà riportate nel presente modello.

SANZIONI PENALI

In caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, il sottoscrittore è sottoposto alle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

PRIVACY

Si precisa che la raccolta dei dati personali ha la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti a partecipare alla procedura concorsuale per l'appalto del servizio in oggetto. L'eventuale rifiuto di fornire i dati richiesti costituirà motivo di esclusione dalla gara. I dati saranno trattati con liceità e correttezza, nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza; saranno registrati, organizzati e conservati in archivi informatici e/o cartacei.

La comunicazione e la diffusione dei dati personali raccolti avverrà solo sulla base di quanto previsto da norme di legge. Il titolare del trattamento è L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di L'Aquila.

OFFERTA

1. TASSO DI INTERESSE ATTIVO applicato sulle giacenze di cassa (indicare i punti di aumento o diminuzione rispetto al tasso EURIBOR a 3 mesi, base 365 gg., media mese precedente, vigente tempo per tempo con riferimento mensile e così come rilevato dal Sole 24 Ore).	<i>IN CIFRE</i> _____ <i>IN LETTERE</i>
2. TASSO DI INTERESSE PASSIVO applicato (indicare i punti di aumento o diminuzione rispetto al tasso EURIBOR a 3 mesi, base 365 gg., media mese precedente, vigente tempo per tempo con riferimento mensile e così come rilevato dal Sole 24 Ore).	<i>IN CIFRE</i> _____ <i>IN LETTERE</i>
3. SPESE FISSE TENUTA CONTO	<i>IN CIFRE</i> _____ <i>IN LETTERE</i>
4. RIMBORSO DELLE SPESE VIVE (stampati, postali, telegrafiche) E DI SERVIZIO (invio estratti conto, spese per l'effettuazione di ogni operazione, ecc.) (esclusa imposta di bollo)	<input type="checkbox"/> Servizio esente da qualsiasi rimborso (escluso imposta di bollo) <input type="checkbox"/> Rimborso spese vive di servizio <input type="checkbox"/> Addebito spese vive e di servizio nella misura del <i>IN CIFRE</i> _____ % <i>IN LETTERE</i> _____ %
5. COSTO INCASSO BOLLETTINI MAV incassare crediti attraverso l'emissione di moduli contrassegnati con le diciture "MAV". (specificare se diversi, i costi per l'incasso da altra banca, dalla stessa banca, l'insoluto e la scadenza)	<i>IN CIFRE</i> _____ <i>IN LETTERE</i>
5.1 COSTO INCASSO BOLLETTINI MAV DA ALTRA BANCA	<i>IN CIFRE</i> _____ <i>IN LETTERE</i>
5.2 COSTO INCASSO BOLLETTINI MAV INSOLUTI ALLA SCADENZA	<i>IN CIFRE</i> _____ <i>IN LETTERE</i> _____

6. COSTO ANNUALE CARTA PREPAGATA	<input type="checkbox"/> <i>Gratuitamente</i> <input type="checkbox"/> <i>A pagamento (in tal caso specificare il costo)</i> <hr/> <input type="checkbox"/> <i>Non offre il servizio</i>
7. SERVIZIO PAGO PA	<input type="checkbox"/> <i>Gratuitamente</i> <input type="checkbox"/> <i>A pagamento (in tal caso specificare il costo)</i> <hr/> <input type="checkbox"/> <i>Non offre il servizio</i>
8. SERVIZIO DI “HOME BANKING”,	<input type="checkbox"/> <i>Gratuitamente</i> <input type="checkbox"/> <i>A pagamento (in tal caso specificare il costo)</i> <hr/> <input type="checkbox"/> <i>Non offre il servizio</i>
9. FORNITURA INSTALLAZIONE E DI UN'APPARECCHITURA POS , per tutta la durata del contratto da rimuovere alla scadenza.	<input type="checkbox"/> <i>Gratuitamente</i> <input type="checkbox"/> <i>A pagamento (in tal caso specificare il costo)</i> <hr/> <input type="checkbox"/> <i>Non offre il servizio</i>
10. EVENTUALE CONTRIBUTO ANNUO a favore dell'Ordine a sostegno di iniziative in campo culturale ed (al netto di I.V.A.). Da corrispondere di norma entro il 30 giugno di ogni anno per ciascun anno di durata del contratto.	<input type="checkbox"/> <i>Non concede il contributo</i> <i>IN CIFRE</i> <hr/> <i>IN LETTERE</i>

Data _____

In fede,

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE