AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE
VALLÉE D'AOSTE

MODULO

Il/la sottoscritto/a _____ legale rappresentante della Struttura _____ avente sede legale in _____ via _____ partita IVA/codice fiscale _____

DICHIARA DI:

- aver preso visione e di accettare le condizioni indicate nel presente avviso relativo al Lotto 4;
- manifestare interesse allo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente Lotto 4;
- essere consapevole che il budget complessivo riferito all'anno 2025 sarà ripartito dall'Azienda USL tra le Strutture che manifesteranno interesse, come indicato nell condizioni di cui sopra;
- proporsi ed impegnarsi allo svolgimento delle prestazioni in oggetto fino al raggiungimento di un budget pari ad euro _____;
- proporre uno sconto da applicare alle tariffe delle prestazioni pari a _____ punti percentuali;
- comprendere che la partecipazione al presente avviso non sostituisce la successiva necessaria fase di stipula di un accordo contrattuale con l'Azienda USL.

LUOGO E DATA

_____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

_____