

Spett.le ASP Lazzarelli  
v.le Eustachio 103  
62027 San Severino M

**OGGETTO: RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO FORNITORI DELL'ASP LAZZARELLI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_, residente in \_\_\_\_\_, nella sua qualità di legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_, chiede che la stessa venga iscritta all'Albo Fornitori dell'ASP LAZZARELLI per le categorie merceologiche di seguito indicate:

CODICE CAT.	DENOMINAZIONE CATEGORIA

A tal fine comunica i seguenti dati, relativi alla ditta:

RAGIONE SOCIALE	
DOMICILIO (indirizzo, città, c.a.p.)	
PARTITA IVA O CODICE FISCALE	
N. TELEFONO	
N. FAX	
E-MAIL	
SITO INTERNET	
NOMINATIVO REFERENTE	

Il sottoscritto allega alla presente la seguente documentazione:

- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ in carta semplice

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA

\_\_\_\_\_