

Spett.le
Comune di Zola Predosa
Ufficio Protocollo
protocollo@comune.zolapredosa.bo.it

OGGETTO: COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI FARMACIE E PARAFARMACIE CON SEDE NEL COMUNE DI ZOLA PREDOSA PER L'ACCETTAZIONE DI BUONI SPESA UTILIZZABILI PER L'ACQUISTO DI BENI DI PRIMA NECESSITA'

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
n. _____ C.F. _____

Titolare/socio della farmacia/parafarmacia

Altro (precisare) _____

con sede a _____ via _____ n. _____
C.F. e P.IVA _____
email _____ pec _____ tel. _____

Consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, verranno applicate nei propri riguardi, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le sanzioni previste dal vigente Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti

CHIEDE

Di essere incluso nell'elenco di cui all'oggetto e, a tal fine e per gli effetti degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000,

DICHIARA

- 1) Che l'impresa è iscritta alla CC.II.AA. di _____ per l'attività di _____, codice ATECO _____
- 2) Che l'impresa ha sede a _____ in via _____
- 3) Che il punto vendita è ubicato a Zola Predosa in via _____
- 3) Che l'impresa non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che non siano in corso procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- 4) Di essere consapevole che la presente manifestazione di interesse non ha valore vincolante per il Comune di Zola Predosa, né valore precontrattuale e che il Comune di Zola Predosa si riserva in qualsiasi momento di interrompere, per ragioni di interesse pubblico, la presente procedura senza che alcuno possa vantare alcuna pretesa;
- 5) Di essere disponibile a fornire il servizio aggiuntivo di consegna a domicilio degli acquisti effettuati : SI NO

6) Di essere disponibile a fornire uno sconto sull'ammontare degli acquisti effettuati : SI
NO

In caso positivo: pari a%

ASSUME L'IMPEGNO DI

- accettare i “buoni spesa” del valore nominale di € 25,00 cad. rilasciati dal Comune di Zola Predosa e numerati progressivamente;
- non applicare alcuna condizione per l'accettazione dei buoni spesa, né applicare riduzioni percentuali a titolo di commissione;
- consegnare i buoni spesa utilizzati dai beneficiari, annullati con timbro e firma dell'esercizio e le relative copie degli scontrini fiscali per l'importo corrispondente dei buoni spesa utilizzati al Comune di Zola Predosa – Sportello del Cittadino – piazza della Repubblica 1 per ottenere il relativo rimborso;

Allega alla presente copia del documento di identità

Luogo e data

Timbro e Firma del Legale Rappresentante
