

Spett .le Azienda Ospedaliera San Pio

Benevento

Oggetto: Richiesta Preventivo GAS PER DETERMINAZIONE DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE CON CO

Vi formuliamo ns migliore offerta per le bombole sottoscritte con:

- validità offerta per un anno,
- pagamento delle fatture entro 60 gg dalla presentazione,
- consegna sulla base dei ordinativi scritti della U.O. FARMACIA,
- trasporto ns carico.

Descrizione	Quantità (num.)	Prezzo unitario	Sconto	Prezzo scontato	Prezzo IVA inclusa
Bombola CO 0,3% CH ₄ 0,31% O ₂ 21% N ₂ resto	2	€ 330,00	10%	€ 297,00	€ 362,34

Distinti saluti

Benevento, 15/05/2024

Giuseppe Stefanucci

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto STEFANUCCI Giuseppe, codice fiscale STFGPP58D22A783F,

nato il 22/04/1958 a Benevento,

in qualità di TITOLARE dell'impresa omonima con sede legale a Benevento in Via Appio Claudio n. 11,
Partita IVA n. 00766740625,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità
in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

con riferimento alla richiesta di preventivo per miscela di gas per determinazione diffusione ALVEOLO-
CAPILLARE CON CO

D I C H I A R A

di non trovarsi in alcuna delle situazioni che costituiscono motivi di esclusione dalla partecipazione

alle procedure di appalto di cui all'art. 94 e 95 del D.Lgs n 36/2023

Benevento, 15/05/2024

Giuseppe Stefanucci