

ALLEGATO "F"

marca da bollo da € 16,00

Spett.le
Azienda USL Toscana sud est
Via Piero Calamandrei 173
52100 AREZZO
c.a. U.O.C. Patrimonio

AVVISO DI ASTA PUBBLICA PER LA CONCESSIONE USO LOCALI IN CASTIGLIONE D'ORCIA (SI) AD USO AMBULATORIO ODONTOIATRICO – RIF. DELIBERAZIONE D.G. N. 642 DEL 14/06/2024

OFFERTA ECONOMICA

Il sottoscritto: _____, nato a _____ il _____ e residente a _____, via _____ n. _____, Cod. Fiscale _____, Tel.: _____ Fax: _____ indirizzo mail: _____,

(in casi di domanda presentata congiuntamente da più persone fisiche, aggiungere altre righe per l'indicazione dei dati anagrafici degli altri offerenti che dovranno tutti sottoscrivere l'offerta economica).

(Parte da compilare solo in caso di impresa individuale, persona giuridica, società ed equiparate)

in qualità di _____ della _____ con sede legale in _____ via _____ n. _____, P.IVA _____ Cod.Fiscale _____, Tel.: _____ Fax: _____ indirizzo mail: _____,

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): _____,

in relazione alla procedura di asta pubblica esperita dall'Azienda USL Toscana sud est in esecuzione della Deliberazione D.G. n. 642 del 14/06/2024, per la concessione in uso di locali ad uso ambulatorio odontoiatrico, porzione dell'immobile di proprietà dell'AUSL TSE, posto in Castiglione d'Orcia (SI) alla Via Sandro Pertini n. 1, che risulta censito al Catasto Fabbricati di detto Comune al Foglio 47 Particella 669 Sub 1 Categoria B/4 Classe U Consistenza 267 mc Rendita € 234,42, come evidenziati nella planimetria allegata al suddetto avviso, per una superficie di 23,00 mq. di locali in uso esclusivo e 10 mq. di locali ad uso condiviso, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000, n. 445, consapevole/i delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi

DICHIARA/NO

ALLEGATO "F"

di offrire il canone annuo di concessione di

euro (in cifre)

(in lettere) euro

assoggettandosi a tutte le condizioni fissate dall'avviso medesimo e nel disciplinare allegato.

Allega alla presente copia fotostatica di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ai sensi dell'informativa di cui all'art. 13 del regolamento (UE) 2016 / 676, si autorizza al trattamento dei dati personali.

Luogo e data

IL/I DICHIARANTE/I