

COMUNICAZIONE DATI CONTO CORRENTE DEDICATO CONTRATTI PUBBLICI
OBBLIGHI TRACCIABILITA' MOVIMENTI FINANZIARI (Legge n. 136/2010 e ss.mm.ii.)

Al Direttore della SdS Zona fiorentina Nord Ovest
Via Gramsci 561
50019 Sesto Fiorentino (FI)

La _____ (ragione sociale) con sede
via/piazza _____ n. _____ Città _____ Prov. (_____)
CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____
[inserire entrambe le informazioni se presenti, se non in possesso della P. IVA barrare il campo]

avente la seguente forma giuridica:

☐ ONLUS ☐ associazione volontariato ☐ altro (specificare) _____

Legale Rappresentante (Cognome, nome) _____

CODICE FISCALE _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi previste, con riferimento a tutti i rapporti contrattuali in essere con Codesto Consorzio

ASSUME

➤ Tutti gli obblighi di tracciabilità dei movimenti finanziari di cui all'art. 3, L. n. 136/2010 e si obbliga a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio del Governo della Provincia di Firenze della notizia dell'inadempimento della eventuale controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità

COMUNICA

➤ Gli estremi del conto corrente dedicato (*anche in via non esclusiva*) alla gestione dei movimenti finanziari relativi ai rapporti di appalto/concessione/acquisto con la SdS, in essere presso l'Istituto di credito *[INDICARE SOLO UN CONTO]*:

➤ _____ AG. n. _____

Città _____ Indirizzo _____

➤ codice IBAN: _____

➤ Codici di riscontro: ABI _____ CAB _____ CIN _____

➤ I dati dell'intestatario del conto corrente (nome/ragione sociale completa, sede legale e/o dell'unità produttiva che gestisce l'appalto/concessione/convenzione/acquisto, Codice Fiscale/Partita IVA): _____

➤ I dati identificativi dei soggetti (*persone fisiche*) che sono delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

a) Sig. _____, nato il _____
a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità
di _____ (*specificare ruolo e poteri*);

b) Sig. _____, nato il _____
a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità
di _____ (*specificare ruolo e poteri*);

c) Sig. _____, nato il _____
a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità
di _____ (*specificare ruolo e poteri*);

DICHIARA

Di ☐ essere soggetto a DURC oppure di ☐ non essere soggetto a DURC

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il mancato utilizzo del bonifico determina la risoluzione di diritto del contratto.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, dalla Società della Salute Zona fiorentina Nord Ovest quale Titolare del trattamento, anche con strumenti informatici, per le finalità legate agli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali necessari per il procedimento di liquidazione dei compensi.

La _____ (Ditta, altro...) si obbliga inoltre, a dare tempestiva comunicazione al Direttore della Società della Salute Zona fiorentina Nord Ovest di ogni variazione relativa ai dati di cui sopra.

Data _____

Il legale rappresentante

(timbro e firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 455/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero, **sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, all'ufficio competente via FAX (055 2616259), e.mail (sds.fi-renzenordovest@uslcentro.toscana.it), PEC (direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it), tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.**