

A Sviluppumbria SpA

Inviata tramite PEC

PROPOSTA PER LA SOTTOSCRIZIONE DI UNA CONVENZIONE NON ONEROSA A FAVORE DEI DIPENDENTI PRESSO SVILUPPUMBRIA SPA. DATI DEL PROPONENTE

_____ (titolo, nome e cognome, ovvero ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA: _____

Dati legale rappresentante: _____ (nome e cognome)

Codice fiscale: _____

Sede legale: Via/Piazza _____, n. _____, Città _____, Prov. _____, CAP _____,

Telefono _____;

Fax: _____;

sito web _____

Email _____,

PEC. _____

ATTIVITÀ SVOLTA DAL PROPONENTE

In quale categoria rientra l'attività che svolge		
<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/> Sport	<input type="checkbox"/> Servizi di ristoro
<input type="checkbox"/> Servizi medico sanitari e assistenziali	<input type="checkbox"/> servizi bancari e finanziari	<input type="checkbox"/> Servizi assicurativi
<input type="checkbox"/> Servizi ricreativi e di svago		
<input type="checkbox"/> Altri servizi Descrizione dell'attività svolta dal proponente:		

Descrizione dell'attività svolta dal proponente:

CONDIZIONI OFFERTE AI DIPENDENTI di **Sviluppumbria SPA** Indicare succintamente le condizioni generali di maggior favore riservate al personale:

TABELLA DI COMPARAZIONE (Nella tabella sottostante, il proponente deve indicare le prestazioni che intende offrire, indicando il prezzo comunemente applicato e quello riservato ai dipendenti Sviluppumbria espresso anche in % di sconto)

Prestazione offerta	Prezzo al pubblico Prezzo	Prezzo ai dipendenti Sviluppumbria e % di sconto

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il/la sottoscritto/a

(nome e cognome)

Codice fiscale: _____

in qualità di persona fisica/ legale rappresentante della società

_____ (ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA: _____

Sede legale: Via/Piazza _____, n. _____, Città

_____, Prov. _____, CAP _____,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00:

- di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;

Allegato 1 all' Avviso

- che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti su di me ovvero sulla società/ente di cui sono legale rappresentante nei confronti di INPS, INAIL e Agenzia Entrate.

Data: _____

Firma del proponente _____

(SOTTOSCRIVERE CON FIRMA DIGITALE ALTRIMENTI ALLEGARE UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ)