

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELLA SEDE OVE SI SVOLGE L'ATTIVITA'
DELLA FARMACIA**
**PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DELLA CONCESSIONE DI
GESTIONE DELLA FARMACIA**

CODICE CIG: 6805436771

N.GARA: 6519763

Il/la sottoscritto/a Sig..... nato/a a il
..... e residente a(.....), documento di
identità n. rilasciato da
..... in data

in qualità di (barrare la casella interessata):

- legale rappresentante dell'Impresa (allegata in copia fotostatica non autenticata CC.IAA.);
- dipendente dell'Impresa munito di specifica delega allegata da parte del legale rappresentante con allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore;
- procuratore con allegata copia fotostatica, non autenticata, della relativa procura notarile;
- socio dell'Impresa, munito di specifica delega, con allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore;

dell'Impresa

con sede in.....(.....)

DICHIARA

Che in data odierna

1. ha preso visione della sede dove viene svolta l'attività di Farmacia.

Cervaro,

IL DICHIARANTE

Visto: il Responsabile dell'Area Finanziaria _____