

ALLEGATO N. 3 ALLA LETTERA DI INVITO

**MODULO TRACCIABILITÀ**

Spett.le  
Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria  
Sede Territoriale di Varese  
U.O.C. Programmazione e Gestione Approvvigionamenti beni e servizi  
Via Ottorino Rossi, 9  
21100 VARESE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dell'Impresa \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_

C.F. / Partita I.V.A. \_\_\_\_\_

Comunica gli estremi identificativi del Conto Corrente Bancario / Conto Corrente Postale dedicato anche in via non esclusiva alle commesse pubbliche ed i dati anagrafici, il Codice Fiscale e la carica *della /delle persona / persone delegata / delegate* ad operare sul conto medesimo:

Banca / Posta: \_\_\_\_\_

Sede / Agenzia: \_\_\_\_\_

Numero di conto: \_\_\_\_\_

Intestazione: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

**Delegato ad operare sul Conto Corrente:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Delegato ad operare sul Conto Corrente:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Delegato ad operare sul Conto Corrente:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

