

MODULO TRACCIABILITÀ

Spett.le
Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria
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 che, fatte salve le eventuali modifiche successive (che saranno anch'esse oggetto di apposita comunicazione), **per tutti i rapporti giuridici (presenti e futuri) che verranno instaurati con codesta Agenzia si avvarrà del Conto Corrente Bancario / Postale sotto riportato, dedicato, anche in via non esclusiva, alle commesse pubbliche:**

Banca / Posta: _____

Sede / Agenzia: _____

Numero di conto: _____

Intestazione: _____

Codice IBAN: _____

Il sottoscritto comunica, altresì, i dati anagrafici, il Codice Fiscale e la carica della /delle persona / persone delegata / delegate ad operare sul conto medesimo:

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)