



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede legale: Via del Vespro n. 129 - 90127 Palermo

CF e P.IVA: 05841790826

www.policlinico.pa.it

Area Provveditorato

Via Enrico Toti n. 76 - 90128 Palermo

Tel. 091.655 5503-5749

Fax 091.655 5502

E-mail: area.provveditorato@policlinico.pa.it

Pec: provveditorato@cert.policlinico.pa.it

SCHEMA FORNITORE

GENERALITA' DELL'IMPRESA

Denominazione e ragione sociale _____

Codice fiscale _____

Partita I.V.A. _____

Iscrizione Registro Imprese CCIAA di _____

al Repertorio Economico Amministrativo (R.E.A.) n. _____

Cod. Attività _____

Sede legale: _____ n. _____

C.A.P. _____ Località _____ Prov. _____

N. telefono _____ N. fax _____

Indirizzo di posta elettronica _____

PEC _____

Sito internet _____

Sede amministrativa/commerciale: _____ n. _____

C.A.P. _____ Località _____ Prov. _____

N. telefono _____ N. fax _____

Sede magazzino prodotti : _____ n. _____

C.A.P. _____ Località _____ Prov. _____

N. telefono _____ N. fax _____



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede legale: Via del Vespro n. 129 - 90127 Palermo

CF e P.IVA: 05841790826

www.policlinico.pa.it

Area Provveditorato

Via Enrico Toti n. 76 - 90128 Palermo

Tel. 091.655 5503-5749

Fax 091.655 5502

E-mail: area.provveditorato@policlinico.pa.it

Pec: provveditorato@cert.policlinico.pa.it

Sede magazzino automezzi: _____ n. _____

C.A.P. _____ Località _____ Prov. _____

N. telefono _____ N. fax _____

Nominativo del Direttore della Divisione Scientifica: (Cognome e Nome) _____

Recapito telefonico: _____ Fax: _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Nominativo del rappresentante di zona: (Cognome e Nome)

Recapito telefonico: _____ Fax: _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Luogo di trasmissione ordini: _____ n. _____

C.A.P. _____ Località _____ Prov. _____

N. telefono _____ N. fax _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Dimensione Aziendale (numero totale dipendenti): _____

N° Operatori impegnati nella gestione dell'appalto/contratto _____ di cui dipendenti _____

INFORMAZIONI NECESSARIE PER FORMULARE RICHIESTA DI RILASCIO DURC

C.C.N.L. Applicato: _____

Incidenza manodopera _____ %

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA**

Sede legale: Via del Vespro n. 129 - 90127 Palermo

CF e P.IVA: 05841790826

www.policlinico.pa.it**Area Provveditorato**

Via Enrico Toti n. 76 - 90128 Palermo

Tel. 091.655 5503-5749

Fax 091.655 5502

E-mail: area.provveditorato@policlinico.pa.itPec: provveditorato@cert.policlinico.pa.it

Posiz. I.N.P.S.:	N° Iscr. _____	Sede Inps _____
Posiz. I.N.A.I.L.:	N° Iscr. _____	Sede Inail _____
Posiz. Cassa Edile:	N° Iscr. _____	Cassa Ed. _____

CANALE DI RICEZIONE (SdiCoop – PEC – Peppol) . _____

CODICE IDENTIFICATIVO CANALE : _____

SOGGETTO AUTORIZZATO/DESIGNATO ALLA FIRMA DEL CONTRATTO (allegare procura notarile):

(Cognome, Nome) _____ Cod.Fisc.: _____

RESPONSABILE AL COORDINAMENTO DELLA FORNITURA

(Cognome, Nome) _____

Tel.: _____ Cell.: _____ mail: _____

Si richiede che le comunicazioni inerenti il presente appalto vengano trasmesse al seguente indirizzo:

_____ n. _____

C.A.P. _____ Località _____ Prov. _____

N. telefono _____ N. fax _____

Indirizzo di posta elettronica _____

DATA

MEDIANTE APPOSIZIONE DI TIMBRO E FIRMA
SI AUTORIZZA ANCHE IL TRATTAMENTO E L'UTILIZZO DEI DATI
AI SENSI DEL D.LGS 196/2003
(allegare copia del documento di identità del dichiarante)