



(ragione sociale dell'impresa)

0082456 09/10/2017 ASURAV1 | PROAV1 | A

CA 31/10/17

Al Direttore dell'Area Vasta n. 1- ASUR Marche Sede amministrativa Via Sebastiano Ceccarini, 38 61032 FANO PU

e, per conoscenza al dr. GUIDI Direttore UO Osp./Distretto di FANO (PO)

OGGETTO: Comunicazione volontà di effettuare una donazione.

Il/La sottoscritto/a ASS.NE A VULSS, nato/a a _____ il _____, in qualità di (1) _____ dell'impresa _____ con domicilio fiscale _____ in _____ Via _____ n. _____ codice fiscale _____ n. _____, partita IVA n. _____, comunica la volontà di effettuare una donazione, a favore dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), per le esigenze funzionali di codesta Area Vasta, concernente la/e attrezzatura/e e/o altri beni, la cui descrizione è di seguito riportata:

Descrizione attrezzatura	Ditta fornitrice	Q.tà	Valore unitario (IVA esclusa)
CARRELLO C/APPoggio PETTORALE	LE TERRAZZE	01	215,38
SATURIMETRO + LAMPADINA DIAGNOSTICA	SANITARIA SRL	01	361,87
ROLLBOORT ECO-LITE 180		01	675,61
OTOSCOPIO		01	77,82

Destinazione: Ospedale/Servizio di MONDOLFO Unità Operativa: CASA DELLA SALUTE

103015
125771

Si dichiara espressamente che l'accettazione della donazione non prefigura l'assunzione di alcun obbligo da parte di codesta ASUR- Area Vasta 1. Si resta in attesa di Vs. comunicazione scritta di accettazione, quale presupposto necessario per dare corso alla consegna e installazione dell'attrezzatura/bene.

data 06/10/17

(timbro dell'impresa e firma) *Alessandro*

- Allegati:
- Documento identità del sottoscrittore
 - Documentazione tecnica e certificazioni a corredo del bene donato