

UOC Acquisizione Farmaci e Forniture per Malattie Rare  
 Tel. 0774.701049  
 mail: [uocacquisizionefarmaciefornituremr@aslroma5.it](mailto:uocacquisizionefarmaciefornituremr@aslroma5.it)  
[acquisizionefarmaciefornituremr@pec.aslroma5.it](mailto:acquisizionefarmaciefornituremr@pec.aslroma5.it)

## Allegato 8

### Scheda Fornitore

**Procedura negoziata, ai sensi dell'art. 50 comma 1 lett. e) del D. Lgs. 36/2023 e smi, per l'affidamento della fornitura in noleggio di un laser chirurgico CO2 per le esigenze della UOC di Otorinolaringoiatria del P.O. di Tivoli per il periodo di 36 mesi, con garanzia full risk.**

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (\*): Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

N. TELEFONO (\*) \_\_\_\_\_

N. FAX (\*) \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL (\*) \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PEC (\*) \_\_\_\_\_

CODICE NSO \_\_\_\_\_

MODALITA' DI PAGAMENTO \_\_\_\_\_

ISTITUTO BANCARIO \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

RAPPRESENTANTE DI ZONA: \_\_\_\_\_

N. CELLULARE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

N.TEL.UFFICIO GARE \_\_\_\_\_

N. FAX UFFICIO GARE \_\_\_\_\_

(\* ) **N.B.:** inserire i dati da utilizzare per gli inviti alle gare e le comunicazioni varie inerenti i contratti

Data \_\_\_\_\_

**Timbro della Ditta e firma del Titolare o Legale rappresentante**

\_\_\_\_\_