

**Allegato B**

Spett.

Farmacie Comunali Castelfiorentino srl

Piazza del Popolo 1

50051 – Castelfiorentino (FI)

**AFFIDO DIRETTO DEL SERVIZIO DI TENUTA DELLA CONTABILITÀ DELLA  
SOCIETÀ FARMACIE COMUNALI CASTELFIORENTINO SRL**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
E  
DICHIARAZIONE DEI REQUISITI GENERALI E SPECIALI**

**in caso di singolo professionista**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ Partita Iva \_\_\_\_\_ con studio professionale in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

riguardo all'affidamento del servizio di contabilità della società “Farmacia Comunali Castelfiorentino srl”.

Consapevole/i delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000

**DICHIARA**

-il possesso dei requisiti generali e speciali richiesti nella sezione n. 4 dell'avviso manifestazione di interesse finalizzata ad un successivo ed eventuale affido diretto del servizio di tenuta della contabilità della società “Farmacie Comunali Castelfiorentino” srl

**E precisamente:**

**1) la non sussistenza delle cause di esclusione di cui all'art 80 Dlgs 50/2016;**  
**2) il possesso dei requisiti speciali indicati nella sezione n. 4, lett. b), c), d), e), f), g), dell'Avviso Pubblico per manifestazione di interesse al quale espressamente si rinvia.**

- di aver attentamente letto il predetto Avviso (allegati compresi);  
- di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla procedura di gara all'indirizzo di posta elettronica qui riportato \_\_\_\_\_ e di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni di indirizzo di posta, sollevando la società Farmacie Comunali Castelfiorentino srl da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Allega:

1. Curriculum vitae;
2. Preventivo/offerta;
3. Quadro sinottico servizi analoghi nell'ultimo decennio;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma digitale

**Allegato B**

Spett.

Farmacie Comunali Castelfiorentino srl

Piazza del Popolo 1

50051 – Castelfiorentino (FI)

**AFFIDO DIRETTO DEL SERVIZIO DI TENUTA DELLA CONTABILITÀ DELLA  
SOCIETÀ FARMACIE COMUNALI CASTELFIORENTINO SRL**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
E  
DICHIARAZIONE DEI REQUISITI GENERALI E SPECIALI**

**in caso di società fra professionisti**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ legale rappresentante  
della \_\_\_\_\_ società fra \_\_\_\_\_ professionisti con sede in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ iscritta nel Registro delle imprese di  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

riguardo all'affidamento del servizio di contabilità della società “Farmacia Comunali Castelfiorentino srl”.

Consapevole/i delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000

**DICHIARA**

il possesso dei requisiti generali e speciali richiesti nella sezione n. 4 dell’avviso manifestazione di interesse finalizzata ad un successivo ed eventuale affido diretto del servizio di tenuta della contabilità della società “Farmacie Comunali Castelfiorentino” srl

**E precisamente:**

**1) la non sussistenza delle cause di esclusione di cui all'art 80 Dlgs 50/2016;**  
**2) il possesso dei requisiti speciali indicati nella sezione n. 4, lett. b), c), d), e), f), g), dell’Avviso Pubblico per manifestazione di interesse al quale espressamente si rinvia, da parte dei seguenti soci \_\_\_\_\_;**

- di aver attentamente letto il predetto Avviso (allegati compresi);  
- di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla procedura di gara all’indirizzo di posta elettronica qui riportato \_\_\_\_\_ e di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni di indirizzo di posta, sollevando la società Farmacie Comunali Castelfiorentino srl da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Allega:

1. Curriculum vitae;
2. Preventivo/offerta;
3. Quadro sinottico servizi analoghi nell’ultimo decennio;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma digitale

**Allegato B**

Spett.

Farmacie Comunali Castelfiorentino srl  
Piazza del Popolo 1  
50051 – Castelfiorentino (FI)

**AFFIDO DIRETTO DEL SERVIZIO DI TENUTA DELLA CONTABILITÀ DELLA  
SOCIETÀ FARMACIE COMUNALI CASTELFIORENTINO SRL**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
E  
DICHIARAZIONE DEI REQUISITI GENERALI E SPECIALI**

**in caso di studio professionale/studio associato**

I sottoscritti

\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ professionista facente  
parte dello studio professionale \_\_\_\_\_ con sede in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Cf \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ professionista facente  
parte dello studio professionale \_\_\_\_\_ con sede in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Cf \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ professionista facente  
parte dello studio professionale \_\_\_\_\_ con sede in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Cf \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_

**MANIFESTANO IL PROPRIO INTERESSE**

riguardo all'affidamento del servizio di contabilità della società “Farmacia Comunali Castelfiorentino srl”.

Consapevole/i delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000

**DICHIARANO**

il possesso dei requisiti generali e speciali richiesti nella sezione n. 4 dell’avviso manifestazione di interesse finalizzata ad un successivo ed eventuale affido diretto del servizio di tenuta della contabilità della società “Farmacie Comunali Castelfiorentino” srl

**E precisamente:**

- 1) la non sussistenza delle cause di esclusione di cui all'art 80 Dlgs 50/2016;**
- 2) il possesso dei requisiti speciali, indicati nella sezione n. 4, lett. b), c), d), e), f), g), dell'Avviso Pubblico per manifestazione di interesse al quale espressamente si rinvia, da parte dei seguenti professionisti \_\_\_\_\_;**

- di aver attentamente letto il predetto Avviso (allegati compresi);  
- di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla procedura di gara all’indirizzo di posta elettronica qui riportato \_\_\_\_\_ e di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni di indirizzo di posta, sollevando la società Farmacie Comunali Castelfiorentino srl da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Allegano:

4. Curriculum vitae;
5. Preventivo/offerta;
6. Quadro sinottico servizi analoghi nell’ultimo decennio;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firme digitali