

**COMUNICAZIONE DATI CONTO CORRENTE DEDICATO CONTRATTI PUBBLICI
OBBLIGHI TRACCIABILITA' MOVIMENTI FINANZIARI (Legge n. 136/2010 e ssmm)**

**Al Direttore Zona distretto Fiorentina Sud-Est
Via dell'Antella,48
50012Bagno a Ripoli**

La _____ (*ragione sociale*) con
sede

via/piazza _____ n. _____ Città _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

avente la seguente forma giuridica: onlus associazione volontariato altro (specificare)

Legale Rappresentante (Cognome, nome) _____

CODICE FISCALE _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R.,
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi previste, con riferimento a tutti i rapporti contrattuali in essere
con Codesto Consorzio

ASSUME

➤ Tutti gli obblighi di tracciabilità dei movimenti finanziari di cui all'art. 3, L. n. 136/2010 e si obbliga a dare
immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio del Governo della Provincia di Firenze della
notizia dell'inadempimento della eventuale controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità

COMUNICA

➤ Gli estremi del conto corrente dedicato (*anche in via non esclusiva*) alla gestione dei movimenti finanziari
relativi ai rapporti di appalto/concessione/acquisto con la SdS, in essere presso l'Istituto di credito
_____ AG. n. _____ Città _____ Indirizzo _____

➤ codice IBAN: _____

Codici di riscontro: ABI _____ CAB _____ CIN _____

➤ I dati dell'intestatario del conto corrente (*nome/ragione sociale completa, sede legale e/o dell'unità produttiva
che gestisce l'appalto/concessione/convenzione/acquisto, Codice Fiscale/Partita IVA*):

➤ I dati identificativi dei soggetti (*persone fisiche*) che sono delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

a) Sig. _____, nato il _____
a _____, Cod. Fisc. _____, operante in
qualità di _____ (*specificare ruolo e
poteri*);

b) Sig. _____, nato il _____
a _____, Cod. Fisc. _____, operante in

- qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*);
- c) Sig. _____, nato il _____
a _____, Cod. Fisc. _____, operante in
qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*).

DICHIARA

Di _____ essere soggetto a DURC oppure _____ non essere soggetto

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il mancato utilizzo del bonifico determina la risoluzione di diritto del contratto.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, dalla Società della Salute di Firenze quale Titolare del trattamento, anche con strumenti informatici, per le finalità legate agli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali necessari per il procedimento di liquidazione dei compensi.

La..... (Ditta, altro...) si obbliga inoltre, a dare tempestiva comunicazione al Direttore della Società della Salute di Firenze di ogni variazione relativa ai dati di cui sopra.

Data _____

Il legale rappresentante

(*timbro e firma*)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 455/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero, **sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, all'ufficio competente via FAX (055 6936462), email mariliana.cavallini@uslcentro.toscana.it PEC (servizionesds.uslcentro@postacert.toscana.it)**