



Ordine dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione
della Provincia di Brescia



AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI PUBBLICO INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DIRETTO DEI SERVIZI DI PROVIDER, DI SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E DI EVENTUALE SUPPORTO AGLI EVENTI FORMATIVI ORGANIZZATI DALL’ORDINE DEI TSRM E PSTRP DELLA PROVINCIA DI BRESCIA A FAVORE DEI SUOI ISCRITTI NEL BIENNIO 2021 – 2022

Allegato 2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La

sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Cap. _____ Prov. (____) il ____/____/____

residente in via/piazza _____ n. _____

cap. _____ città _____ prov. _____

C.F. _____ in qualità di _____

dell’operatore economico _____ P.IVA _____

con sede legale in via/piazza _____ n. _____

cap. _____ città’ _____ prov. _____

tel. _____ e-mail _____ e-mail PEC _____ fax _____

con sede operativa in via/piazza _____ n. _____

cap. _____ città’ _____ prov. _____

tel. _____ e-mail _____ e-mail PEC _____ fax _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

di manifestare l’interesse a partecipare all’avviso di manifestazione di pubblico interesse per l’appalto del servizio in epigrafe.

DICHIARA ALTRESI’

Indirizzo: Via Casazza n°28 - 25136 Brescia TEL: 366 2181961 WEB: www.tsrn.it PEL: brescia@tsrn.org - PEC: brescia@pec.tsrn.org	Istituito ai sensi delle Leggi: 4/8/1965 n°1103, 31/1/1983 n°25 e 11/1/2018 n°3 C.F. 80065150171
---	--



Ordine dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione
della Provincia di Brescia



- di essere iscritto nel registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura della Provincia di _____ per le seguenti attività:

- di essere iscritto all'Albo AGENAS con

ID Provider n _____

Stato Accreditamento _____

Tipo Formazione _____

Professioni _____

- aver organizzato - nei 12 mesi antecedenti la data di pubblicazione della presente manifestazione di interesse - almeno 10 corsi ECM con i relativi servizi organizzativi rivolti alle Professioni Sanitarie;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allego alla presente domanda l'offerta richiesta dall'avviso.

DATA

FIRMA

Indirizzo: Via Casazza n°28 - 25136 Brescia TEL: 366 2181961 WEB: www.tsrn.it PEL: brescia@tsrn.org - PEC: brescia@pec.tsrn.org	Istituito ai sensi delle Leggi: 4/8/1965 n°1103, 31/1/1983 n°25 e 11/1/2018 n°3 C.F. 80065150171
---	--



Ordine dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione
della Provincia di Brescia



ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE AI SENSI DELL'ART. 38 DEL D.P.R. N. 445/2000.

Indirizzo: Via Casazza n°28 - 25136 Brescia
TEL: 366 2181961
WEB: www.tsrn.it
PEL: brescia@tsrn.org - PEC: brescia@pec.tsrn.org

Istituito ai sensi delle Leggi:
4/8/1965 n°1103, 31/1/1983 n°25 e 11/1/2018 n°3
C.F. 80065150171