



Allegato 5) Modulo conto corrente

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

**Al Direttore della SdS di Firenze
V.le della Giovine Italia n. 1/1
50122 Firenze**

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./ra _____, nato/a il _____
a _____, Cod. Fisc. _____,
operante in qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*);
- b) Sig./ra _____, nato/a il _____
a _____, Cod. Fisc. _____,
operante in qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*);
- c) Sig./ra _____, nato/a 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 2616259), email (direttore@sds.firenze.it), PEC (segreteria@pec.sds.firenze.it), tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.**