

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO SOSTITUTIVO DI MENSA MEDIANTE BUONI PASTO AI  
DIPENDENTI DI ALTO TREVIGIANO SERVIZI SRL

Allegato 5- Dichiarazione del rimborso incondizionato agli esercizi convenzionati

Il sottoscritto.....  
nato il..... a.....  
in qualità di.....  
dell'impresa.....  
con sede in .....  
cap ..... via.....  
tel.....  
con codice fiscale n.....partita IVA n.....

Ai sensi degli artt. 46-47 DPR 445/2000, pienamente consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**Dichiara**

Che, con riferimento al parametro tecnico 1-Rimborso buoni pasto agli esercizi convenzionati, il rimborso che intende praticare è pari a € \_\_\_\_\_ \*

corrispondente allo sconto incondizionato sul valore facciale del buono pasto del .....% \*\*

Firma del titolare / legale rappresentante

Sottoscrizione non autenticata, ma corredata da copia fotostatica del documento di identità del firmatario (art. 38, c. 3, del D.P.R. n. 445/2000)

\*va indicato l’importo del rimborso comprensivo di IVA, in cifre con massimo due decimali dopo la virgola, in ogni caso non inferiore a € 6,20

\*\*il ribasso va calcolato sul valore facciale del buono comprensivo di IVA pari a € 8,00