

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

Allegato 7- Dichiarazione termini di pagamento 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.....

Dichiara

Che in merito al parametro tecnico 3-Termine di pagamento agli esercizi convenzionati, il termine di pagamento delle fatture emesse dagli esercizi convenzionati offerto è pari a _____ *
giorni da data emissione fattura.

(Il valore offerto è espresso in cifre e si riferisce a giorni interi).

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)

*dovrà essere indicato un termine dei pagamenti compreso tra 10 gg e 60 gg