

MODULO CESSAZIONE FORNITURE NON DISALIMENTABILI - MAGGIOR TUTELA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (Art.38 e 47 e 76 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il sottoscritto (Nome Cognome)												
Nato/a a						il		/		/		
Residente in via						Nr.				Cap		
Comune										Prov.		
Codice fiscale												
Tel.				Cell.				E-Mail				

Nella sua qualità di:

- ☐ Titolare del contratto di fornitura
- ☐ Legale rappresentante / Titolare / Amministratore dell'impresa / Ente avente la seguente ragione sociale / Denominazione:

Codice Fiscale (Impresa)													Partita IVA			
POD						Codice contratto / fornitura										

Consapevole delle sanzioni penali previste al sensi dell'art. 76 del D.P.R, n. 445 del 28/12/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od utilizzo di atti falsi

DICHIARA

Che l'apparecchiatura elettromedicale indispensabile per il mantenimento in vita del paziente ubicata nel punto di fornitura:

POD												
Intestato (Nome Cognome)												
Ubicato in via						Nr.				Cap		
Comune										Prov.		

Che l'apparecchiatura elettromedicale indispensabile per il mantenimento in vita del paziente ubicata nel punto di fornitura:

utilizzata dal Sig./Sig.ra (Nome e Cognome)												
Codice Fiscale						Tel.						
non è più in uso per cessata necessità a far data dal / /												

Luogo e Data / / Firma leggibile

RESTITUZIONE

La richiesta può essere inoltrata utilizzando una delle seguenti modalità:

- a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo mail: non_disalimentabili@irenmercato.it;
- consegnandolo agli sportelli di ISE presenti sul territorio. L'ubicazione degli sportelli è anche reperibile sul sito Internet www.iseservizioelettrico.it.

ALLEGATI

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità