

OGGETTO: Proposta donazione.

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

in qualità di:

➤ Privato cittadino

➤ Rappresentante legale di: _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ (Provincia: _____) CAP _____

Telefono: _____ E-mail: _____

PEC _____

Manifesta la volontà di donare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, preferibilmente da destinare alla seguente struttura aziendale per la seguente finalità:

La somma di € _____

Da versare sull'IBAN dell'AOU di Foggia:

• **Per privati e aziende:**

Banca Popolare Pugliese:

Via Luzzatti, 8 73046 Matino (LE)

IBAN: IT82R0526279748T20990000671

BIC: BPPUIT33

• **Conto Bancoposta n. 639716**

IBAN: IT12W076011570000000639716

BIC/SWIFT: BPPIITRRXXX

• **Per tutti gli enti pubblici:**

Conto di Tesoreria Banca d'Italia n.: 432300306103

Iban: IT13X0100003245432300306103

Oppure il seguente bene/servizio:

Nuovo: SI NO (precisare se è pronto all'uso e non richiede interventi da parte dell'Azienda dovuti all'obsolescenza o al cattivo stato di manutenzione dello stesso)

del costo/valore (IVA compresa) stimato in € _____

Dichiara che il bene è di sua esclusiva proprietà, non è gravato da pesi e che l'Azienda sarà in ogni caso esonerata da pretese di terzi.

Foggia, lì _____

Il Donante

ALLEGA DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA CONFLITTO DI INTERESSI

Ai fini dell'accettazione di un'attrezzatura elettromedicale sono necessari:

1. Manuale d'uso in lingua italiana
2. Manuale Tecnico
3. Certificazione CE
4. Certificato di garanzia