

Consip S.p.A.	Richiesta integrazione dell'elenco degli esercizi convenzionati	All. 2 del Capitolato
---------------	--	-----------------------

Spett.le
Via
Fax.-
e_mail:
e p.c. Spett.le **Consip S.p.A.**
Via Isonzo, 19/E 00198 Roma
fax. 06/85449284

Il sottoscritto (*)		in qualità di (*)		
per conto di (*)				
Direzione / Dipartimento / altro (*)		con sede in (*)		Prov. (*)
Via	N°	CAP	Tel. (*)	Fax (*)

premesso che è a conoscenza del fatto che i buoni pasto

- sono fruibili esclusivamente per la somministrazione di alimenti e bevande, nonché per la cessione di prodotti di gastronomia pronti al consumo immediato (in base al disposto di cui **all'art.4 della Legge 77/97**);
- non sono cumulabili, né cedibili, né commerciabili, né convertibili in denaro (in base al disposto di cui **all'art.5 del DPCM del 18/11/2005**)

☐ **richiede l'integrazione dell'elenco degli esercizi convenzionati riportati nella Tabella A o nella Tabella B di (barrare la/le scelte) :**

<input type="checkbox"/>	N°____ esercizi pubblici nell'area limitrofa all'Amm.ne di appartenenza (entro 1 Km a piedi max). Motivazione (*):
<input type="checkbox"/>	N°____ esercizi pubblici nell'area non limitrofa all'Amm.ne di appartenenza (oltre 1 Km a piedi). Motivazione (*):

Il sottoscritto è a conoscenza che la **mancata compilazione dei campi obbligatori** contrassegnati con un asterisco (*) **esonera il fornitore dall'adempimento dell'obbligo di convenzionamento** previsto ai sensi del par. 5.1.5 del Capitolato Tecnico.

Data (*):_____

Firma (*):_____

Nota: Si allegano i riferimenti dei seguenti esercizi ritenuti idonei e di interesse dell'Amministrazione Contraente (*allegare fogli aggiuntivi se lo spazio non è sufficiente*):

Insegna (*)	Tipologia (es. Bar / Ristorante ecc.)
Indirizzo e n°civico (*)	
Città (*)	Telefono

Insegna (*)	Tipologia (es. Bar / Ristorante ecc.)
Indirizzo e n°civico (*)	
Città (*)	Telefono