

Consip S.p.A.	<b>Modulo di reclamo relativo alle prestazioni erogate dal Fornitore di Buoni pasto</b>	All. 3 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 ( <i>Amministrazione di appartenenza</i> ) (*)				
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**)

**espone il seguente reclamo:**

Tipo di problematica (*)		Ragione sociale, indirizzo dell'esercizio convenzionato e data in cui si è verificato il problema (*)	Descrizione sintetica di quanto accaduto
<input type="checkbox"/>	Non esistenza di uno o più esercizi indicati nell'elenco degli esercizi convenzionati, che il fornitore è tenuto a comunicare all'Amministrazione entro 20 giorni lavorativi dalla ricezione della prima Richiesta di Approvvigionamento		
<input type="checkbox"/>	Non accettazione del buono pasto nell'esercizio indicato nell'elenco degli esercizi convenzionati messo a disposizione dal fornitore		
<input type="checkbox"/>	Non riconoscimento del valore nominale del buono pasto (ad es. richiesta di decurtazioni sul valore nominale del buono pasto)		
<input type="checkbox"/>	Restrizioni da parte dell'esercizio convenzionato nella scelta dei generi alimentari oggetto di acquisto		
<input type="checkbox"/>	Non presenza di almeno 1 esercizio convenzionato ogni 15 soggetti aventi diritto al buono pasto (ogni 50 soggetti nel caso del buono pasto parametrico)	Riportare il rapporto utilizzatori/numero di esercizi messo a disposizione dal fornitore:	
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):		

Il sottoscritto è a conoscenza che la **mancata compilazione dei campi obbligatori** contrassegnati con un asterisco (\*) **esonera il fornitore dall'obbligo di risposta** all'Amministrazione previsto ai sensi del par. 9.3 del Capitolato Tecnico.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_