

**AVVISO ESPLORATIVO DI INDAGINE DI MERCATO PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI OPERATORI ECONOMICI DA INVITARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA EX ART. 36 COMMA 2 LETT. B) D. LGS. 50/206 PER L'AFFIDAMENTO, SULLA BASE DEL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIU' VANTAGGIOSA EX ART. 95, COMMA 2) D. LGS. 50/2016, RELATIVO ALL'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI S.A.BA.R. S.p.A. – PERIODO DI ASSICURAZIONE DAL 30.06.2021 AL 31.12.2023**

Il sottoscritto ..... nato a ..... (prov .....) il ..... in qualità di legale rappresentante della ..... con sede in ..... (cap .....), (prov.....), Via/Piazza ..... con codice fiscale n. .... con partita IVA n. ...., Tel ..... Fax ....., cell.....PEC .....

**MANIFESTA**

**il proprio interesse ad essere invitato a presentare offerta per ALL’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI S.A.BA.R. S.p.A. – PERIODO DI ASSICURAZIONE DAL 30.06.2021 AL 31.12.2023**

**DICHIARA**

in conformità alle disposizioni di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445

- di avere preso visione e di accettare integralmente tutte le norme, condizioni e prescrizioni contenute nell'avviso esplorativo;
- di essere iscritto nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. per l'attività oggetto del presente avviso (che si allega in copia), rif. B2 dell'avviso esplorativo n. prot. 110/MB del 28/04/2021;
- di essere in possesso dei requisiti generali, non sussistendo in capo all'impresa istante alcuna causa di esclusione di cui all'art. 80 D. Lgs. 50/2016 s.m.i., rif. A1 dell'avviso esplorativo n. prot. 110/MB del 28/04/2021;
- di disporre di autorizzazione del Ministero dello Sviluppo Economico o dell'IVASS all'esercizio dei rami assicurativi per cui si chiede la partecipazione, rif. B3 dell'avviso esplorativo n. prot. 110/MB del 28/04/2021;
- di essere in possesso dei requisiti di capacità economica finanziaria, di essere in possesso dei requisiti di idoneità professionale indicati nell'avviso esplorativo, rif. C4-5 dell'avviso esplorativo n. prot. 110/MB del 28/04/2021;
- di essere in possesso dei requisiti di capacità tecnico-professionale, rif. D6 dell'avviso esplorativo n. prot. 110/MB del 28/04/2021;
- che l'agenzia e/o corrispondente territoriale, competente per la gestione delle/a polizze/a è:

Denominazione	
Sede	
Stato	
Provincia	
Via	
PEC	
e-mail agenzia	

Telefono	
Fax	
Referente	

**Si allega alla presente, A PENA DI ESCLUSIONE, copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore**

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma e timbro