RAVENNA FARMACIE Srl
48124 RAVENNA
Via Fiume Montone Abb.to, 122
IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Barbara Pesci)

**Allegato A**

***DOMANDA UNICA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA E DICHIARAZIONI INTEGRATIVE DEL DGUE***

**DOCUMENTO DA TRASMETTERE TRAMITE LA PIATTAFORMA TELEMATICA "Appalti & Contratti E-Procurement" secondo le modalità nella stessa indicate (si rinvia per ogni dettaglio all'avviso di prequalifica ed alla documentazione allegata).**

STAZIONE APPALTANTE:
**Ravenna Farmacie S.r.l.**
**Via Fiume Montone Abbandonato, 122**
**48124 Ravenna (RA)**

**PROCEDURA RISTRETTA PER LA FORNITURA E POSA IN OPERA DI UN SISTEMA C.D. "MAGAZZINO AUTOMATICO A RIPIANI PER LA GESTIONE DELLA BASSA ROTAZIONE" PER IL MAGAZZINO DI RAVENNA FARMACIE S.R.L., COMPRENSIVO DI 5 ANNI DI MANUTENZIONE ORDINARIA.**
**CIG 99035056DC**

Compilare con caratteri leggibili e firmare allegando al fotocopia di documento di riconoscimento valido di ciascun firmatario. Le imprese sono pregate di utilizzare il presente modulo così come viene fornito evitando di ricopiarlo o modificalo, eventuali integrazioni possono essere allegate a parte e richiamate nel presente documento con una nota. Le parti non pertinenti vanno barrate.

Il/i sottoscritto/i (*i*): (cognome nome)
nato a _____(Provincia _____)
il _____

residente a _____( Provincia_____)
via _____ n._____

in qualità di _____ (legale rappresentante) dell'impresa: (denominazione)
_____
con sede in _____ (Provincia _____)
via _____ n._____
P.IVA_____ C.F. _____
**Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC)**_____
(*a tale indirizzo di PEC verrà inviata l'eventuale lettera di invito*)

**CHIEDE/CHIEDONO**

che l'impresa _____sia ammessa a partecipare alla **PROCEDURA RISTRETTA PER LA FORNITURA E POSA IN OPERA DI UN SISTEMA C.D. "MAGAZZINO AUTOMATICO A RIPIANI PER LA GESTIONE DELLA BASSA ROTAZIONE" PER IL MAGAZZINO DI RAVENNA FARMACIE S.R.L., COMPRENSIVO DI 5 ANNI DI MANUTENZIONE ORDINARIA. CIG 99035056DC.**

**DICHIARA(NO)**

sotto la propria responsabilità, anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

di per sé e per la propria impresa:

- di essere operatore economico di cui all'art. 45 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. – con le modalità, per i Consorzi e i RTI, di cui agli artt. 47 e 48 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. – oppure operatori economici stabiliti in altri Stati membri, costituiti conformemente alla legislazione vigente nei rispettivi paesi. Barrare con X all'interno del cerchio interessato:
  - o impresa singola;
  - o capogruppo di costituendo raggruppamento temporaneo di imprese p di un consorzio o di GEIE di tipo _____ orizzontale, verticale, misto) comprendente anche (mandanti) _____ _____;
  - o mandante di costituendo raggruppamento temporanee di imprese comprendente anche (mandanti) _____ _____;
  - o consorzio tra società cooperative di produzione e lavoro o tra imprese artigiane di cui all'art. 45 comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;
  - o consorzio stabile di cui all'art. 45 comma 2 lett. C) del D.Lgs. n. 50/2016;
  - o consorziata per cui il consorzio concorre;
  - o altro _____

- iscrizione al Registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. di _____ (numero. iscrizione _____ data di iscrizione _____ovvero nel registro commerciale dello stato di residenza per gli operatori economici non aventi sede in Italia _____ con oggetto dell'attività risultante da visura C.C.I.A.A. (in rapporto all'oggetto della procedura) _____;

- C.C.N.L. applicato/i _____

- di non trovarsi nelle clausole di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;

- che i dati identificativi (nome, cognome, data, luogo di nascita, codice fiscale, comune di residenza etc. dei soggetti di cui all'art. 80, comma 3 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i., (***barrare nella relativa casella la dichiarazione che si vuole rendere***)

  □ sono indicati di seguito/in allegato al presente modello;

- sig. _____
  nato a _____provincia _____il _____
  e residente a _____in via _____n_____
  codice fiscale _____ in qualità di _____
- sig. _____
  nato a _____provincia _____il _____
  e residente a _____in via _____n_____
  codice fiscale _____ in qualità di _____
- sig. _____
  nato a _____provincia _____il _____
  e residente a _____in via _____n_____
  codice fiscale _____ in qualità di _____
- sig. _____
  nato a _____provincia _____il _____
  e residente a _____in via _____n_____
  codice fiscale _____ in qualità di _____
- sig. _____
  nato a _____provincia _____il _____

RAVENNA FARMACIE Srl
Via Fiume ... Abb.to 122
IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Barbara Pesci)

e residente a _____ in via _____ n_____

codice fiscale _____ in qualità di _____

mentre gli amministratori cessati dalla carica nell'anno precedente la data della presente lettera di invito sono tutti e soli i seguenti:

- sig. _____

  nato a _____ provincia _____ il _____

  e residente a _____ in via _____ n_____

  codice fiscale _____ in qualità di _____

- sig. _____

  nato a _____ provincia _____ il _____

  e residente a _____ in via _____ n_____

  codice fiscale _____ in qualità di _____

- sig. _____

  nato a _____ provincia _____ il _____

  e residente a _____ in via _____ n_____

  codice fiscale _____ in qualità di _____

  *(integrare l'elenco per il numero di soggetti che si devono indicare)*

***oppure***

□ possono essere ricavati in modo aggiornato alla data di presentazione dell'offerta nella seguente banca dati ufficiale/pubblico registro (ad es. Registro presso CCIAA):

_____;

□ sono indicati nel DGE scaricato, completato, firmato digitalmente e caricato sulla piattaforma elettronica di gara;

- di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'avviso di prequlifica in integrale, nei suoi allegati e nelle eventuali sue successive integrazioni;

- di non avvalersi dei Piani Individuali di Emersione (PIE) previsti dalla Legge n. 383/2001 o di averli conclusi;

- con riferimento alla causa di esclusione di cui alla lettera m) dell'art. 80 comma 5 del D. Lgs. n. 50/2016:
  - □ di non essere in una delle situazioni di controllo di cui all'art. 2359 del c.c. diretto o indiretto con altre imprese e di avere formulato l'offerta autonomamente;
  - □ di non essere a conoscenza di trovarsi in una situazione di controllo di cui all'art. 2359 del c.c. né in qualsiasi relazione, anche di fatto, con nessun altro partecipante alla presente procedura di prequalifica e di avere formulato l'offerta autonomamente;
  - □ di trovarsi in una situazione di controllo di cui all'art. 2359 del c.c. con il seguente partecipante alla presente procedura di prequalifica (specificare la situazione di controllo o relazione anche di fatto, denominazione, ragione sociale e del soggetto) _____ _____, ma di avere formulato autonomamente l'offerta;

- di essere più in generale capace di contrattare con una pubblica amministrazione ai sensi della normativa vigente;

- di essere in possesso della ***capacità economica e finanziaria*** richiesta dal bando di prequalifica:

  a) **allega** n. 1 referenza bancaria, rilasciata da Istituto bancario o intermediario autorizzato ai sensi della normativa vigente che attesti che l'impresa ha sempre adempiuto ai suoi impegni con regolarità e che è in possesso della capacità economica e finanziaria per svolgere l'appalto. Si

RAVENNA FARMACIE Srl
48124 RAVENNA
Via Fiume Montone Abb.to, 122
IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Barbara Pesci)

allega dichiarazione bancaria rilasciata da_____
_____in data_____;

b) allega Bilanci di esercizio 2020-2021.2022;

- di essere in possesso della ***capacità tecnica*** richiesta dal bando di prequalifica:

a) esperienza nello svolgimento di specifiche forniture oggetto del presente avviso (realizzazione di sistemi c.d. "magazzino automatico a ripiani" per distributori farmaceutici) dal 2018 (compreso) ad oggi, **riportando in specifica relazione allegata alla presente dichiarazione per ciascun intervento**: 1. anno del contratto ed anno del collaudo; 2. il sito di installazione; 3. il committente; 4. l'importo del contratto; 5. principali caratteristiche della fornitura. Si rammenta, ai sensi della rubrica III.1.3.) lett. a) del bando di prequalifica, che occorre indicare almeno n. 1 fornitura analoga a quella della presente procedura, di valore almeno pari alla base di gara e realizzata per magazzino distributore all'ingrosso di farmaci;

b) numero di dipendenti, valore medio annuo (attuale):

(annualità in corso)

2023 n. _____

c) descrizione generale dell'organizzazione del servizio di manutenzione (località, struttura, dipendenti, modalità dell'intervento (**allegare relazione**);

d) allega certificazione ISO EN ISO 9001 in corso di validità e nel caso eventuali altri certificazioni:

certificazione ISO EN ISO valida fino al .....

..... valida fino al .....

**(eventuale)** in caso di avvalimento**:** specificare il/i requisito/i per cui è richiesto l'avvalimento, **allegando** quanto previsto ai punti III.1.2 e III.1.3 del bando di prequalifica:

requisito: _____;

elenco documentazione: _____

_____
*(integrare l'elenco per eventuali ulteriori requisiti che si vogliono indicare).*

**(eventuali)** dichiarazioni aggiuntive che l'impresa ritiene utile evidenziare:

_____
_____
_____
_____

Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, la presente dichiarazione è sottoscritta

In data _____

Sottoscrizione (*i*)
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
IL TITOLARE
IL PROCURATORE (*ii*)
(*barrare la voce che non interessa*)

_____

RAVENNA FARMACIE Srl
48124 RAVENNA
Via Fiume Montone Abb.to, 122
IL DIRETTORE GENERALE
*(Dr. Barbara Pesci)*

**N.B. Allegare:**

1) **Bilanci di Esercizio 2020-2021-2022;**
2) **n. 1 referenza bancaria;**
3) **elenco specifici interventi effettuati dal 2018 ad oggi;**
4) **relazione descrittiva organizzazione generale del servizio di manutenzione;**
5) **certificazioni UNI EN ISO 9001** (e nel caso eventuali altri certificazioni);
6) **(eventuale) documentazione per avvalimento;**
7) **copia di un documento di identità del/i sottoscrittore/i**

---

*(i) Inserire il nominativo dell'operatore economico concorrente e del rispettivo soggetto che sottoscrive il modulo. Documento da sottoscrivere digitalmente.*
*(ii) In caso di sottoscrizione da parte di procuratore, allegare copia della procura*

PRIVACY: *Si rende noto che il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili e giudiziari, sarà effettuato da Ravenna Farmacie S.r.l. esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel pieno rispetto delle disposizioni del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR).*
*Le parti si impegnano ad osservare ed a fare osservare, per quanto di loro competenza, le disposizioni del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), e s.m.i. O comunque quelle ulteriori misure che dovessero essere richieste dalla normativa in materia, senza alcun onere aggiuntivo per l'altra parte.*
*Ciascuna parte si assume ogni e qualsiasi responsabilità derivante da violazioni delle disposizioni contenute nel Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR) e nella presente clausola, ancorché compiute dai responsabili, dagli incaricati, dai propri dipendenti e dai collaboratori in genere di cui la stessa abbia ad avvalersi nell'esecuzione della procedura in oggetto.*
*Con la presentazione dell'offerta le ditte concorrenti acconsentono espressamente al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate dal Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR).*
*Titolare del trattamento dei dati personali è Ravenna Farmacie S.r.l.*
*Il Responsabile della Protezione dei dati (RDP) è l'Avv. Matteo Bonetti.*
*I dati aggiornati del Responsabile del trattamento e del Responsabile della protezione dei dati, così come tutte le ulteriori informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, sono disponibili nell'informativa estesa pubblicata sul sito web della Società al seguente indirizzo: http://www.farmacieravenna.com.*
*Gli obblighi di riservatezza avranno effetto anche oltre la data in cui sarà ultimato lo svolgimento della procedura in oggetto.*