

Consip S.p.A.	<b>Modulo di reclamo relativo alle prestazioni erogate dal Fornitore di Buoni pasto ed. 9</b>	All. 3 del Capitolato
---------------	---	-----------------------

Spett.le .....

Fax. ....

e\_mail: .....

e p.c. Spett.le **Consip S.p.A.**

fax. 06/85449284

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

Tale modulo è a cura delle Unità Ordinanti o delle Unità Approvvigionanti

**premesse che è a conoscenza del fatto che i buoni pasto:**

- sono fruibili esclusivamente per le **somministrazioni di alimenti e bevande e le cessioni di prodotti alimentari pronti per il consumo** (in base alla lettera b) dell'art. 2 del Decreto del Mise, n.122 del 7 giugno 2017);
- non sono cedibili, **ne' cumulabili oltre il limite di otto buoni**, ne' commercializzabili o convertibili in denaro e sono utilizzabili solo dal titolare (in base al comma d) dell'art. 4 del Decreto del Mise, n. 122 del 7 giugno 2017),

**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		
<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"/>	Impossibilità ad effettuare la transazione elettronica per indisponibilità / malfunzionamento del dispositivo di lettura (POS)		
<input type="checkbox"/>	Non presenza di almeno 1 esercizio convenzionato ogni __ soggetti aventi diritto al buono pasto	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: \_\_\_\_\_