

Consip S.p.A.	Richiesta integrazione dell'elenco degli esercizi convenzionati	All. 2 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 (*)		Direzione/Dipartimento/altro (*)	
con sede in (*)	Prov. (*)	Via	N°
CAP	Tel. (*)	Fax	E-mail (*)

premesso 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),

☐ **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