

APPENDICE 7 AL CAPITOLATO TECNICO

MODELLO DELL' ORDINE D'INTERVENTO (ODI)



Carta intestata dell'Amministrazione

N.ro di protocollo__del__

Fornitore
Indirizzo, Cap, Città
N° tel, N° Fax, E-mail

ORDINE D'INTERVENTO (ODI)

Il sottoscritto__

Per l'Amministrazione__ Direzione/Dipartimento/Altro__ C.F.__

con sede in__ Via__ CAP__ Tel__ Fax__ E-mail__

di seguito *Amministrazione Contraente*

PREMESSO

- a) che in data / / l'Amministrazione Contraente ha emesso un Ordinativo Principale di Fornitura (OPF) con __ di cui al numero di protocollo __del __ relativo all'obiettivo¹ sito in __;
- b) che l'Amministrazione Contraente ha nominato quale Supervisore il Sig. __;
- c) che il Fornitore ha nominato quale Referente Locale il Sig. __;
- d) che in data / / il Supervisore ha autorizzato l'effettuazione delle attività più sotto specificate;
- e) che il prezzo² della fornitura delle attività più sotto specificate è di Euro __ (al netto dell'IVA);
- f) che le attività verranno effettuate a partire dalla data / / ed avranno termine entro la data / / ;

ORDINA

La prestazione del servizio/attività di³ :

Le specificità, modalità operative ed i tempi di realizzazione delle attività, qualora differenti da quelli previsti nella Convenzione e nei relativi allegati, verranno specificati negli allegati al presente Ordine di Intervento.

¹ Se l'Ordine di Intervento si riferisce a più obiettivi, il cui elenco sia definito nell'Ordinativo Principale di Fornitura, lo stesso Ordine va replicato per ogni obiettivo presso cui verrà eseguito l'intervento.

² L'Amministrazione è tenuta immediatamente a verificare se agli oneri economici derivanti dall'Ordine di Intervento possa farsi fronte con dell'Importo a consumo extra-canone I_{CONS} stanziato nell'Ordinativo Principale di Fornitura per le attività straordinarie.

³ Riportare la descrizione e quando possibile la motivazione/problematica/necessità che sottende all'attività.



Le fatture relative al presente Ordinativo Principale di Fornitura (OPF) dovranno essere intestate a:

Amministrazione: (per esteso)___

con sede in___ Via___ CAP___ Tel___ Fax___ E-mail___

Codice Fiscale ___

e dovranno indicare

Numero di protocollo (del presente Ordine d'Intervento) ___ Luogo___Data / /

I pagamenti, previo benestare del Supervisore, saranno effettuati a ___ trascorsi almeno ___ giorni dalla data del ricevimento della fattura mediante ___.

per l'Amministrazione
