

## MODULO TRACCIABILITÀ

Spett.le  
Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria  
Via Ottorino Rossi, 9  
21100 VARESE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dell'Impresa \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_

C.F. / Partita I.V.A. \_\_\_\_\_

**Comunica che**, fatte salve le eventuali modifiche successive (che saranno anch'esse oggetto di apposita comunicazione), **per tutti i rapporti giuridici (presenti e futuri) che verranno instaurati con codesta Agenzia si avvarrà del Conto Corrente Bancario / Postale sotto riportato, dedicato, anche in via non esclusiva, alle commesse pubbliche:**

Banca / Posta: \_\_\_\_\_

Sede / Agenzia: \_\_\_\_\_

Numero di conto: \_\_\_\_\_

Intestazione: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto comunica, altresì, i dati anagrafici, il Codice Fiscale e la carica della /delle persona / persone delegata / delegate ad operare sul conto medesimo:**

### **Delegato ad operare sul Conto Corrente:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### **Delegato ad operare sul Conto Corrente:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### **Delegato ad operare sul Conto Corrente:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma)