

OGGETTO DELL'APPALTO:

RAGIONE SOCIALE DITTA APPALTATRICE:

PARTITA I.V.A E CODICE FISCALE:

SEDE LEGALE:

(Via, n. civico, CAP – Comune e Provincia)

SEDE OPERATIVA:

(Via, n. civico, CAP – Comune e Provincia)

RECAPITO TELEFONICO E FAX

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA:

CCNL APPLICATO:

IMPORTO E DURATA DELL'APPALTO E IL NUMERO DEGLI ADDETTI AL SERVIZIO:

INAIL - INDICARE CODICE IMPRESA E RELATIVE *PAT* RIFERITE ALLA COPERTURA DELLO SPECIFICO RISCHIO:

INPS – INDICARE MATRICOLA AZIENDA RIFERITA ALL'ATTIVITA' SVOLTA O DA SVOLGERE E LA SEDE COMPETENTE

INPS – INDICARE POSIZIONE CONTRIBUTIVA INDIVIDUALE E RELATIVA SEDE COMPETENTE (solo per le imprese artigiane individuali o familiari):

Data _____

FIRMA

N.B.: Il presente modello deve essere datato e sottoscritto dal titolare o dal legale rappresentante dell'operatore economico.