



Spett.le MDPI AG

St. Alban-Anlage,66

4052 BASEL (EE) SVIZZERA

C.F. 115694943

P.IVA CH115694943

Ordine

NUMERO ORDINE	DATA ORDINE	CIG
32	07/05/2024	

Citare il numero ordine su fatture, comunicazioni e imballaggi

VALUTA		RIF PREVENTIVO		Invoice 2897511		
EUR						
	DESCRIZIONE	QTA'	PREZZO UNITARIO €	PREZZO TOTALE €	SCONTO €	TOTALE €
1	PUBBLICAZIONE ARTICOLO SCIENTIFICO DAL TITOLO "USE OF CAD/CAM TECHNOLOGY IN MANDIBULAR CANINE DISIMPACTION: A CASE REPORT"	1	1.871,6800	1.871,68	0,00	1.871,68

TOTALE PREZZO €	1.871,68
TOTALE SCONTO €	0,00
TOTALE MAGGIORAZIONE €	0,00
TOTALE FISCALE ORDINE €	1.871,68

INDIRIZZO CONSEGNA	Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo Facciali - Via Caserta, 6 00161 Roma
MODALITA' E DATA CONSEGNA	
RIFERIMENTO	dott.ssa Julia Stefania Labbate
NOTE	

MODALITA' DI PAGAMENTO	BANCA	AGENZIA	IBAN
Bonifico Europeo	Non assegnato	Non assegnato	CH060023323322272160E
TERMINI DI PAGAMENTO			

Avvertenze:

Si evidenzia l'obbligo da parte del fornitore al rispetto della tracciabilità dei flussi finanziari come previsto dell'art 3 legge 136 del 13/08/2010

IL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO
DELEGATO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RILASCIATA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445 del 28/12/2000

Il sottoscritto _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____ (pr. _____)
Via _____ n. _____
In qualità di legale rappresentante dell'Impresa _____
Con sede legale in _____ (pr. _____)
Codice fiscale n. _____ Partita IVA n. _____

ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del DPR 445/2000 consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente Impresa non riceverà il pagamento per la fornitura di cui all'ordinativo n. 32 del 07-05-2024 emesso dal DIPARTIMENTO DI SCIENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE E MAXILLO-FACCIALI - Sapienza Università di Roma.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. che l'Impresa è iscritta, per attività inerenti l'oggetto della fornitura, al Registro delle Imprese presso la CCIAA di _____ al n. _____
2. che gli amministratori muniti di rappresentanza sono:
cognome _____ nome _____
cognome _____ nome _____
3. che l'Impresa ha n. _____ dipendenti afferenti le seguenti posizioni:
4. Iscrizione INPS matricola n. _____ sede competente _____
5. Iscrizione INAIL codice n. _____ Iscrizione Cassa Edile _____
6. che l'Impresa non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alle gare di cui all'art. 80 D.Lgs.n. 50/2016
7. di essere in regola alla data del _____ con i versamenti INPS e INAIL
8. che non esistono inadempienze in atto e rettifiche notificate, non contestate o non pagate ovvero, che è stata conseguita procedura di sanatoria, positivamente definita con atto dell'ente interessato del quale si forniscono gli estremi: _____

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sui dati personali, di cui al D.Lgs. n. 196/03, in calce alla presente e di essere al corrente che tale dichiarazione potrà comportare attività di verifica da parte dell'Ente ricevente.

Data _____

Firma e Timbro _____

Si informa che i dati personali acquisiti da DIPARTIMENTO DI SCIENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE E MAXILLO-FACCIALI Sapienza Università di Roma (titolare del trattamento) saranno utilizzati esclusivamente per il compimento delle attività previste dalla legge e per il raggiungimento della finalità istituzionali del Dipartimento. Il conferimento dei dati è strettamente funzionale allo svolgimento di tali attività ed il relativo trattamento verrà effettuato, anche mediante l'uso di strumenti informatici, nei modi e limiti necessari al perseguimento di dette finalità. E' garantito agli interessati l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/03.