



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero – Universitaria
F O G G I A

AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO – Ufficio Forniture Sanitarie

Allegato “scheda fornitore”

Ragione Sociale _____

Sede Amministrativa _____

Numero Telefonico _____ **N. Fax** _____

Sede Officina di Produzione _____

DIRETTORE DEL SERVIZIO SCIENTIFICO:

Nome _____ **Cognome** _____

N. Tel. _____

Informatore Scientifico:

Nome _____ **Cognome** _____

N. Tel. _____

Deposito a cui inviare gli ordini _____

Indirizzo _____

N. Telefonico _____ **N. Fax** _____

Direttore Tecnico del Deposito:

Nome _____ **Cognome** _____

N. Tel. _____

Referente unico dell'impresa concorrente per il procedimento di gara:

Nome _____ **Cognome** _____

N.Tel. _____ **N.Fax.** _____

Recapito postale completo _____

Casella di posta elettronica _____

Ragione Sociale con cui emetterà le Fatture _____

Lotti per cui l'impresa concorre: _____

Luogo e data _____

Firma del legale rappresentante o di un suo Procuratore
