

**OGGETTO: Proposta donazione.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di:

➤ Privato cittadino

➤ Rappresentante legale di: \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (Provincia: \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**Manifesta la volontà di donare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, preferibilmente da destinare alla seguente struttura aziendale per la seguente finalità:**

La somma di € \_\_\_\_\_

Da versare sull'IBAN dell'AOU di Foggia:

• **Per privati e aziende:**

Banca Popolare Pugliese:

Via Luzzatti, 8 73046 Matino (LE)

**IBAN:** IT82R0526279748T20990000671

**BIC:** BPPUIT33

• **Conto Bancoposta n. 639716**

IBAN: IT12W0760115700000000639716

BIC/SWIFT: BPIITRRXXX

• **Per tutti gli enti pubblici:**

Conto di Tesoreria Banca d'Italia n.: 432300306103

**Iban:** IT13X0100003245432300306103

**Oppure il seguente bene/servizio:**

Nuovo: SI  NO  (precisare se è pronto all'uso e non richiede interventi da parte dell'Azienda dovuti all'obsolescenza o al cattivo stato di manutenzione dello stesso)

del costo/valore (IVA compresa) stimato in € \_\_\_\_\_

Dichiara che il bene è di sua esclusiva proprietà, non è gravato da pesi e che l'Azienda sarà in ogni caso esonerata da pretese di terzi.

Foggia, lì \_\_\_\_\_

Il Donante

**ALLEGA DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA CONFLITTO DI INTERESSI**

Ai fini dell'accettazione di un'attrezzatura elettromedicale sono necessari:

1. Manuale d'uso in lingua italiana
2. Manuale Tecnico
3. Certificazione CE
4. Certificato di garanzia