



Ordine n° 139 del 05/07/2018

IMPORTANTE: Si prega di inserire sempre nella Fattura Elettronica i seguenti riferimenti:

Codice Ufficio	<CodiceDestinatario>	SYPW3J
Id Documento	<DatiOrdineAcquisto><IdDocumento>	DG2632498

Riga	Codice CUP	Codice CIG	Codice Articolo
	<DatiOrdineAcquisto><CodiceCUP>	<DatiOrdineAcquisto><CodiceCIG>	<CodiceArticolo><CodiceValore>
1	B83C17003830005	ZEF2441195	M230
2	B83C17003830005	ZEF2441195	M230



Spett.le **AGILENT TECHNOLOGIES ITALIA S.P.A.**

Via Piero Gobetti,2/c

20063 CERNUSCO SUL NAVIGLIO (MI) ITALIA

C.F. 12785290151

P.IVA IT12785290151

Tel: 800012575

Fax: 0238591126

EMAIL: customercare_italy@agilent.com

PEC: agilentgareLSCA@pecsoci.ui.torino.it

Ordine

NUMERO ORDINE	DATA ORDINE	CIG
139	05/07/2018	

Citare il numero ordine su fatture, comunicazioni e imballaggi

VALUTA		RIF PREVENTIVO						
EUR		IT-AM-618-017 DEL 20.06.2018						
	DESCRIZIONE	QTA'	PREZZO UNITARIO €	PREZZO TOTALE €	SCONTO €	ALIQ. IVA	IMPORTO IVA	TOTALE €
1	ARCTIC EXPRESS (DE3) COMPETENT CELL COD. 230192	1	225,2500	225,25	0,00	22,00	49,56	274,81
2	SPESE DI SPEDIZIONE	1	43,0000	43,00	0,00	22,00	9,46	52,46

CODICE IVA	IMPONIBILE NETTO €	AMMONTARE IVA €
1103B - IVA al 22% (ist.le)	268,25	59,02
	TOTALE PREZZO €	268,25
	TOTALE SCONTO €	0,00
	TOTALE IMPONIBILE €	268,25
	TOTALE IVA €	59,02
	TOTALE FISCALE ORDINE €	327,27

NR. RIGA	CUP
12	B83C17003830005

INDIRIZZO CONSEGNA	DIP.TO SCIENZE BIOCHIMICHE VIA DEGLI APULI 9/ATT.NE DOTT. DI SALVO
MODALITA' E DATA CONSEGNA	
RIFERIMENTO	DOTT.SSA M. ELISABETTA DESSJ
NOTE	<p>DCA N. 157</p> <p>In caso di successivo accertamento del difetto del possesso dei requisiti prescritti si procederà alla risoluzione del contratto ed al pagamento in tal caso del corrispettivo pattuito solo con riferimento alle prestazioni già eseguite e nei limiti dell'utilità ricevuta;</p> <p>- Qualsiasi documento inviato dovrà essere redatto su carta intestata e sottoscritto dal legale rappresentante della società;</p> <p>- L'autocertificazione resa ai sensi del DPR 445/2000 avente ad oggetto il possesso dei requisiti ex art. 80 D. Lgs 50/2016, pena l'esclusione dalla procedura in argomento, dovrà essere firmata digitalmente dal legale rappresentante della società;</p>

MODALITA' DI PAGAMENTO	BANCA	AGENZIA	IBAN
Conto corrente bancario	CITIBANK N.A.	FORO BUONAPARTE,16 ,MILANO	IT43H0356601600000118125037
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. 139 del 05-07-2018 emesso dal DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOCHIMICHE "ALESSANDRO ROSSI FANELLI" - 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 BIOCHIMICHE "ALESSANDRO ROSSI FANELLI" 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.