ALLEGATO 1

AVVISO PER LA FORNITURA DI UN SISTEMA DIAGNOSTICO COMPLETO DI MATERIALI DIAGNOSTICI ED APPARECCHIATURE PER LO SCREENING NEONATALE OBBLIGATORIO IN REGIONE CAMPANIA DI IPOTIROIDISMO CONGENITO (DOSAGGIO TSH E T4), TEST DI PRIMO LIVELLO DI FIBROSI CISTICA (DOSAGGIO TRIPSINOGENO), DIFETTO DI BIOTINIDASI E GALATTOSEMIA - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’impresa/società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) – Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

- che l’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è interessata a partecipare alla procedura di selezione per la fornitura un sistema diagnostico completo di materiali diagnostici ed apparecchiature per lo screening neonatale obbligatorio in Regione Campania di ipotiroidismo congenito (dosaggio tsh e t4), test di primo livello di fibrosi cistica (dosaggio tripsinogeno), difetto di biotinidasi e galattosemia, così come indicato nell’avviso.

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_