



Servizio Sanitario Nazionale  
Azienda Ospedaliera Di Rilievo Nazionale  
"SANTOBONO PAUSILIPON"  
Via Teresa Ravaschieri, 8  
(già Via della Croce Rossa, 8) - 80122 NAPOLI



### Allegato 3 alla Lettera di invito

**OGGETTO:** Procedura negoziata, ai sensi dell'art. 76, comma 2, lettera b), D.lgs. 36/2023 per la l'acquisizione di n. 2 (due) apparecchiature CliniMACS (1 Prodigy e 1 Plus), comprensive di protocolli di qualificazione e manutenzione full risk 4 anni post garanzia e della fornitura quinquennale, in somministrazione, di kit e reagenti per entrambe le apparecchiature

**Progetto "Hub Life Science-Terapia Avanzata PNC-E3-2022-23683269 - PNC-HLS-TA", finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Piano Nazionale per gli investimenti Complementari al PNRR (PNC) Ecosistema Innovativo della Salute" - Codice univoco investimento: PNC-E.3. - CUP: H63C22000650001 - WBS: HPNR0004**

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' E DI CERTIFICAZIONE (ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. 445/28.12.2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto (1) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, nella propria qualità di \_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, valendosi della facoltà concessa dall'art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- che la ditta \_\_\_\_\_ è il distributore esclusivo su tutto il territorio (2) \_\_\_\_\_ dei dispositivi a marchio \_\_\_\_\_
- che il prodotto offerto (3) \_\_\_\_\_ è coperto da Privativa Industriale ed è pertanto tutelato dai Diritti Esclusivi per le sue particolari caratteristiche tecniche e qualitative;
- che quanto dichiarato è comprovato mediante la produzione dei seguenti documenti allegati;
- che ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000, il dichiarante attesta che sono conformi agli originali (specificare):

- ❖ copia della dichiarazione di esclusività rilasciata dalla \_\_\_\_\_ (ditta produttrice);
- ❖ copia della dichiarazione N° Brevetto \_\_\_\_\_ rilasciata dalla \_\_\_\_\_ (ditta produttrice).

**IL DICHIARANTE**  
\_\_\_\_\_ ( FIRMATO DIGITALMENTE)\_\_\_\_\_