



Procedura aperta per l’affidamento del servizio sostitutivo di mensa mediante buono pasto elettronico 2

Il sottoscritto ..... nella qualità di ..... della Società .....

P.IVA .....con sede in .....Via .....CAP .....(se singola)

(e il sottoscritto nella qualità di ..... della Società mandante/del RTI/Consorzio.....

P.IVA .....con sede in .....Via .....CAP .....)

Si impegna a convenzionare, entro i termini indicati all'art. 6 del capitolato tecnico, il numero/tipo di locali minimi indicati nel presente documento, nel pieno rispetto delle condizioni ivi richieste.

AO PARMA

REQUISITI MINIMI OBBLIGATORI

N.	Area Operativa	Comune	Indirizzo centrale di riferimento	CAP	PR	NOTE	N° di aventi diritto gravitanti nell'Area Operativa	Fasce orarie di consumazion e pasti	Giorni fissati per la consumazione pasti	Numero minimo di locali convenzionat i TIPO 1	Numero minimo di locali convenzionat i TIPO 2	Numero minimo locali per consumazione pasto parametrato completo (art. 3,2,1 del capitolato tecnico)	Numero minimo locali per consumazione pasto ridotto (art. 3,2,1 del capitolato tecnico)	Distanza massima, in metri, dei locali dall'indirizzo centrale di riferimento
1	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI PARMA	PARMA	Via Paganini n°13 – BUSSETO	43011	PR		500	12.00 - 15.00	da lunedì a venerdì	3	3	1	4	1500

Firmato digitalmente

(In caso di RTI non costituiti o Consorzi ordinari occorre la firma di tutte le Ditte del RTI/Consorzio).