



**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ per conto della

Ditta \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ Cod.

Fiscale – Partita IVA \_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità

- di conoscere ed accettare tutte le norme e condizioni del “Regolamento per l'utilizzo delle aule dell'Ospedale “G. Fracastoro” di San Bonifacio e dell'Ospedale Integrativo di Rete di Marzana;
- di provvedere al versamento del corrispettivo, almeno due giorni prima dell'evento, pari ad € \_\_\_\_\_ + IVA nel conto corrente bancario intestato a:  
ULSS 20 presso Banco Popolare Soc. Coop. Agenzia di Verona Cassa Mercato IBAN IT97 E 05034 11751 000000123973 , causale: “utilizzo aula \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_”.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE