

**MODULO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL SERVIZIO DI
ACQUISIZIONE DI GAMETI PER IMPIEGO IN TECNICHE DI PROCREAZIONE
MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) ETEROLOGA**

Il/La sottoscritto/a _____ (denominazione del dichiarante)
nato/a _____, il _____ i
n _____ qualità _____ di _____ legale _____ rappresentante _____ di
_____ (impresa
individuale, società, ente, etc.) con sede legale in
_____ via _____
n. codice _____ fiscale/partita
IVA _____
tel. _____ pec
_____ iscritto/a al
Registro della CCIAA di _____ (o analogo registro
Professionale dello
Stato della Ditta), al numero _____

DICHIARA

- 1) di essere interessato/a allo svolgimento del servizio in oggetto e che è in grado di fornirlo così come specificato nelle caratteristiche tecniche richieste dall'ASL ROMA 1;
- 2) di non trovarsi in nessuna delle situazioni previste dall'articolo 57, paragrafo 1, della direttiva 2014/24/UE (Articolo 80 comma 1, lettere a), b), c), d), e), f), g), comma 2, comma 4 e comma 5 lettere a), b), c), d), e), f), g), h), i), l), m) del Codice degli appalti –D.Lgs. n. 50/2016);
- 3) che trattasi di acquisizione altruistica e volontaria (oppure che i gameti sono raccolti esclusivamente da donatori volontari, consapevoli e non remunerati);
- 4) di allegare l'elenco delle prestazioni fornibili con le relative tariffe (tariffe/rimborsi spesa ordinariamente applicati per tipologia di tessuto) specificando le voci di costo prese in considerazione per determinare la tariffa;
- 5) di allegare le indicazioni relative al/ai corriere/corrieri di cui l'istituto si avvale per

il trasporto e consegna del materiale con indicazione del costo del trasporto del materiale presso i Centri PMA dell'Ospedale San Filippo Neri e Sant'Anna;

6) di impegnarsi a stipulare un'idonea assicurazione per la copertura di rischi e danni eventualmente causati durante/nell'esercizio del servizio di fornitura dei gameti al centro di PMA;

7) di impegnarsi a fornire su richiesta dell'Azienda ASL Roma 1 i seguenti documenti:

☐ copia dell'ultima relazione annuale presentata alle autorità competenti dello Stato di appartenenza;

☐ curriculum del responsabile sanitario della banca, datato e firmato da quest'ultimo;

☐ copia della polizza assicurativa;

☐ elenco cronologico delle ispezioni ricevute dall'autorità competente del proprio Stato e copia conforme del verbale e documenti relativi, della ispezione più recente;

☐ dichiarazione che l'istituto è iscritto al registro degli istituti tenuto dallo Stato membro di appartenenza dell'istituto, se istituito (specificare autorità competente e sede);

☐ di essere in possesso del SEC (Codice europeo di sicurezza) così come previsto dalla Direttiva 2015/565/UE e di essere pertanto iscritto a *EU Coding Platform* (<https://webgate.ec.europa.eu/eucoding/>) ovvero apposita dichiarazione che suddetta procedura è in corso di esecuzione;

☐ dichiarazione circa l'assenza di eventi avversi; altrimenti, estremi delle notifiche di eventuali eventi avversi alle autorità competenti dello stato di appartenenza.

Data_____ Firma_____