



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 fornitura in comodato d’uso biennale con opzione di proroga di ulteriori 12 mesi di un “Sistema di ablazione laser guidata da *imaging* per risonanza magnetica Visualase” comprensiva del materiale di consumo dedicato comprensiva di manutenzione ed assistenza full risk . Importo a base di gara Euro 640.000,00, oltre iva – Valore complessivo dell’appalto comprensivo dell’opzione di proroga Euro 960.000,00, oltre iva.**

### **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)**\_\_\_\_\_