Regione Siciliana

CEFPAS

CENTRO PER LA FORMAZIONE PERMANENTE
E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO

MODELLO G.A.P.

(Art. 2 legge del 12/10/1982 n° 726 e legge del 30/12/1991 n° 410)

P R O T . N . _____ _____ _____

Capitolato speciale * Lotto Anno (*)

IMPRESA PARTECIPANTE

Partita IVA (*)

Ragione Sociale (*)

Luogo (*) (immettere il Comune o lo Stato Estero dove ha sede l'impresa) *Prov (*)*

Cap/Zip

Sede legale (*)

Codice attività (*) *tipo impresa* *singola* *Consorzio* *Raggr. Temporaneo Imprese*

Volume affari *Capitale Sociale*

Timbro e firma

Data _____ _____

N.B.il modulo dovrà essere compilato in stampato e con penna nera o blu.

(*) Le scritte contrassegnate dall'asterisco sono obbligatorie.

www.cefpas.it
Cittadella Sant'Elia – via G. Mulè, 1 - 93100 CALTANISSETTA
Tel. 0934 505377-145 - 140 – Fax 0934 505318 – e-mail: pignatello@cefpas.it; reina@cefpas.it; bruna@cefpas.it
P. I.V.A. 01427360852