

DA REDIGERE SU CARTA INTESTATA DELLA DITTA

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI MESSINA

Il/la sottoscritto/a.....nato/a.....il.....

e residente a.....Prov..... in qualità di.....

della ditta.....

con sede inProv.....CAP

Via.....

C.F.....P.I.....Tel.....Fax.....

NOMINA QUALE REFERENTE WEB AI FINI DELL'ACCESSO AL PORTALE FORNITORI

NomeCognome.....

Indirizzo e-mail

data

Firma e apposizione di timbro
del dichiarante Legale Rappresentante
o Delegato

Da inviare compilato a: portale.fornitori@asp.messina.it indicando nell'oggetto REFERENTE WEB,
unitamente alla scansione di un documento di identità in corso di validità