

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEI  
SERVIZI DI RECEPTION E PORTIERATO  
PRESSO LE SEDI DELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE DELLA  
REGIONE CAMPANIA**

---

**ALLEGATO B3**

**MODELLO RICHIESTA PRELIMINARE DI FORNITURA**

Amministrazione Richiedente: \_\_\_\_\_

Sito in Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

N.ro di protocollo \_\_ del \_\_

Fornitore \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_, Città \_\_\_\_\_

N° tel \_\_\_\_\_, N° Fax \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_

### RICHIESTA PRELIMINARE DI FORNITURA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

per l'Amministrazione \_\_\_\_\_ Direzione/Dipartimento/Altro \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

di seguito Amministrazione Richiedente

#### PREMESSO

- a) che in data \_\_/\_\_/\_\_ è stata stipulata una convenzione per l'affidamento del Servizio di Reception e Portierato Lotto \_\_\_\_\_ CIG \_\_\_\_\_;
- b) che l'Amministrazione Richiedente rientra tra i soggetti che possono utilizzare la Convenzione stipulata con il Fornitore ai sensi dell'art. 3 del Capitolato Tecnico di Gara;
- c) che la Convenzione ed i suoi allegati regolano i termini generali del rapporto tra le parti e che, in caso di contrasti, le previsioni della stessa prevarranno su quelle degli atti di sua esecuzione.

#### RICHIEDE

1) che il Fornitore svolga il servizio di Reception e Portierato presso i seguenti Presidi;

Presidi (Nominativo del Presidio)	Indirizzo (Via, Comune, Provincia e CAP)	Referente eventuale sopralluogo (Nome, Cognome, nr. telefono e email)
		Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____

### ALL. B3 – RICHIESTA PRELIMINARE DI FORNITURA

Pag. 2 di 6

**SO.RE.SA. S.p.A.** con unico Socio

Sede Legale: Centro Direzionale Isola F9 - 80143 Napoli

Capitale sociale: Euro 500.000,00 i.v.

Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Napoli n. 04786681215

Tel. 081 21 28 174 – Fax 081 75 00 012 - www.soresa.it

		Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____
		Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____
		Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____
		Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____

II) che il Fornitore comunichi il nome di un Responsabile delle attività, ai sensi dell’art. 7 del Capitolato di Gara, con i relativi recapiti e indirizzi per la gestione della comunicazione per tutta l’intera durata del servizio.

Allegati:

Modulo Presidio 1: \_\_\_\_\_

Modulo Presidio 2: \_\_\_\_\_

Modulo Presidio 3: \_\_\_\_\_

per l’Amministrazione Richiedente

\_\_\_\_\_

**Modulo Presidio 1:** \_\_\_\_\_

Sito in Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Responsabile del Servizio

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

DATA PRESUNTA DI INIZIO EROGAZIONE DEI SERVIZI (riferita al primo servizio attivato)

gg/mm/aa \_\_\_\_\_

Per l’attivazione del servizio di reception e portierato si richiede il seguente dimensionamento

Postazione	Stima Dimensionamento richiesto	Giorni / fasce orarie	Note	

Eventuali ulteriori note da comunicare al Fornitore

Dettaglio del personale esterno impiegato		
NUMERO	MONTE ORE SETTIMANALE	LIVELLO

**Modulo Presidio 2:** \_\_\_\_\_

Sito in Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Responsabile del Servizio

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

DATA PRESUNTA DI INIZIO EROGAZIONE DEI SERVIZI (riferita al primo servizio attivato)

gg/mm/aa \_\_\_\_\_

Per l’attivazione del servizio di reception e portierato si richiede il seguente dimensionamento

Postazione	Stima Dimensionamento richiesto	Giorni / fasce orarie	Note	

Eventuali ulteriori note da comunicare al Fornitore

Dettaglio del personale esterno impiegato		
NUMERO	MONTE ORE SETTIMANALE	LIVELLO

**Modulo Presidio 3:** \_\_\_\_\_

Sito in Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Responsabile del Servizio

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

DATA PRESUNTA DI INIZIO EROGAZIONE DEI SERVIZI (riferita al primo servizio attivato)

gg/mm/aa \_\_\_\_\_

Per l’attivazione del servizio di reception e portierato si richiede il seguente dimensionamento

Postazione	Stima Dimensionamento richiesto	Giorni / fasce orarie	Note	

Eventuali ulteriori note da comunicare al Fornitore

Dettaglio del personale esterno impiegato		
NUMERO	MONTE ORE SETTIMANALE	LIVELLO