



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALL. 4 CERTIFICAZIONE DEL CREDITO

Spettabile (CREDITORE)

e p. c. Spettabile BANCA/INTERMEDIARIO
FINANZIARIO

OGGETTO: CERTIFICAZIONE DI SUSSISTENZA, LIQUIDITÀ ED ESIGIBILITÀ DEL CREDITO.

- VISTO l'articolo 13 della Legge Regionale 19 gennaio 2011, n. 1;
- VISTO il Decreto MEF 19 maggio 2009, di attuazione dell'art. 9 comma 3 bis del D.L. n. 185/2008, convertito in Legge n. 2/2009;
- VISTA la Convenzione tra l'Azienda Sanitaria _____ e BANCA/INTERMEDIARIO FINANZIARIO repertorio n. del, concernente la cessione pro soluto dei crediti, vantati dalle imprese nei confronti dell'Amministrazione, a banche e/o intermediari finanziari autorizzati;
- VISTA l'istanza presentata da (dati del CREDITORE) in data, ricevuta presso gli uffici dell'Amministrazione in data con prot. n.;
- VISTA la fattura n. del
- VISTA l'attestazione del Responsabile del Servizio _____ dell'Azienda Sanitaria con la quale è stata autorizzata la certificazione di sussistenza, liquidità ed esigibilità del credito a favore di (dati del CREDITORE), codice fiscale n.

L'AZIENDA SANITARA _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALL. 4 CERTIFICAZIONE DEL CREDITO

CERTIFICA

- a) che la ditta/società con sede in
via codice fiscale n. è titolare nei confronti della
nostra Amministrazione del credito di € (IN LETTERE) rappresentato dalla
fattura n. del ;
- b) che, ai fini dell'assolvimento degli obblighi della tracciabilità, il codice CIG/CUP
(quest'ultimo, laddove necessario) è il seguente:.....
- c) che il credito sopra rilevato è certo, liquido ed esigibile alla data del.....e sul
medesimo non sussiste pignoramento, sequestro o altro vincolo a qualsiasi titolo e causa;
- d) che è stato accertato con verifica tramite il Servizio Informativo gestito da Equitalia S.p.A.,
che il beneficiario non risulta inadempiente all'obbligo derivante dalla notifica di una o più
cartelle di pagamento.

L'AZIENDA SANITARIA

SI IMPEGNA A PAGARE,

**PREVIA NOTIFICA DELLA AVVENUTA CESSIONE DEL CREDITO, PROVENIENTE DALLA
BANCA/INTERMEDIARIO FINANZIARIO, SEGUITA DA ESPRESSA ACCETTAZIONE DELLA
CESSIONE MEDESIMA DA PARTE DI QUESTA AZIENDA SANITARIA**

- la somma di € (IN LETTERE), ad estinzione del debito rappresentato dalla
fattura n. del, entro e non oltre la data del .../.../.....;
- l'importo sopra indicato mediante accredito sul conto corrente intestato a
BANCA/INTERMEDIARIO FINANZIARIO in essere presso Filiale
..... IBAN

Luogo e data

(TIMBRO E FIRMA ENTE)