



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALL. 3 ISTANZA DI CERTIFICAZIONE

Spett.le AZIENDA SANITARIA LOCALE/AZIENDA
OSPEALIERA/OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA

VIA

C.A.

e p.c. Spett.le BANCA/INTERMEDIARIO FINANZIARIO

Agenzia di

Via

**ISTANZA PER L'ACQUISIZIONE DI CERTIFICAZIONE DI SUSSISTENZA, LIQUIDITÀ ED ESIGIBILITÀ
DEL CREDITO E MANDATO DI PAGAMENTO.**

Il/La sottoscritto/a: (dati completi del CREDITORE)

In qualità di creditore nei confronti di codesta Azienda Sanitaria per il complessivo importo di Euro
..... (in cifre e in lettere), derivante da
(descrizione delle forniture e, se richiesto, anche di numero e data di repertorio del relativo contratto; ai fini
dell'assolvimento agli obblighi della tracciabilità dei flussi finanziari, indica, se richiesto, anche gli estremi del
conto dedicato) e rappresentato dai seguenti documenti di spesa:

(fattura/parcella/certificato di pagamento ecc., con l'indicazione del numero, della data e dell'importo)

Chiede, al fine di procedere alla cessione pro soluto dei crediti sopra descritti, il rilascio della certificazione di
sussistenza, liquidità ed esigibilità del credito, ai sensi dell'art. 9 comma 3 bis del D.L. n. 185/2008, da
consegnare alla BANCA/INTERMEDIARIO FINANZIARIO e conferisce a codesta Azienda Sanitaria mandato
ad effettuare il pagamento dell'importo dovuto con accredito sul conto corrente n....., presso
BANCA/INTERMEDIARIO FINANZIARIO – Filiale di, IBAN
....., causale

Luogo e data

Sottoscrizione

**Ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, si autorizza il trattamento dei dati personali per
lo svolgimento di tutte le attività connesse al rilascio della certificazione ed all'effettuazione del
pagamento.**

Luogo e data

Sottoscrizione