

Modulo unificato

Quadro C

C.I.P./Prot.

20120694359927 / 21556540

TIPO RICHIEDENTE

☒ Azienda☐ Stazione Appaltante/Amministrazione Procedente☐ SOA

Regolarità contributiva per:

C1 ☒ Lavori privati in ediliziaC2 ☐ Verifica autodichiarazione alla data delC3 ☐ Partecipazione / aggiudicazione appaltoC4 ☐ Attestazione SOA / iscrizione albo fornitoriC5 ☐ Agevolazioni / finanziamenti / sovvenzioni / autorizzazioni (1)C6 ☐ Contratti pubblici di forniture e servizi in economia con affidamento diretto (2)C7 ☐ Altri usi non espressamente previsti nel presente modulo di richiesta consentiti dalla legge (3)

RICHIEDENTE

Codice Fiscale *	02240470605	E-mail	amministrazione@rem-motori.it	E-mail PEC	rem-motori@messaggipec.it
Denominazione/Ragione Sociale *	R.E.M. SRL				
Indirizzo *	CAP	03010	Comune	PATRICA	Pr FR
	CONTRADA	FERRUCCIA			N° 12/B

IMPRESA

Codice Fiscale *	02240470605	E-mail	amministrazione@rem-motori.it	Fax (4)	0775839345
		E-mail PEC (5)	rem-motori@messaggipec.it		
Denominazione/Ragione Sociale *	R.E.M. SRL				
Sede legale *	CAP	03010	Comune	PATRICA	Pr FR
	CONTRADA	FERRUCCIA			N° 12/B
Sede operativa/Ind attività *	CAP	03010	Comune	PATRICA	Pr FR
	CONTRADA	FERRUCCIA			N° 12/B
Recapito corrispondenza *	sede legale				
Tipo ditta *	datore di lavoro				
C.C.N.L. applicato *	L'impresa dichiara di applicare il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, stipulato dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative, del seguente settore: METALMECCANICA				

ENTI PREVIDENZIALI

INAIL - codice ditta *	13404843	INAIL - sede competente *	24100 - FROSINONE
INPS - matricola azienda *	3307824254	INPS - sede competente *	3300 - FROSINONE

(*) campi obbligatori

(1) descrizione sintetica della specifica agevolazione o altro max 70 caratteri

(2) descrizione sintetica dell'oggetto del contratto, max 70 caratteri (es. acquisto cancelleria)

(3) descrizione sintetica del motivo della richiesta, max 70 caratteri (con eventuale riferimento normativo)

(4) campo obbligatorio in assenza di E-mail PEC

(5) campo obbligatorio in assenza di numero Fax

Luogo / Data

firma richiedente