

Al Signor Sindaco  
Comune di **Florida**

DISPONIBILITA' AD ACCETTARE "BUONI SPESA" PER L'ACQUISTO DI  
GENERI ALIMENTARI - PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA' -  
PRODOTTI FARMACEUTICI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ titolare/responsabile dell'Esercizio Commerciale/ Farmacia \_\_\_\_\_

sito nel comune di Florida in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

per la vendita di : \_\_\_\_\_ tel./ cell. n. \_\_\_\_\_

con la presente manifesta la propria disponibilità ad accettare i buoni spesa dei nuclei familiari in difficoltà economica a causa dell'emergenza Covid-19, utilizzando una piattaforma informatica che consenta di gestire totalmente la concessione dei "Buoni Spesa", in particolare che garantisca la presentazione delle istanze, l'accredito del bonus sulla carta sanitaria, la fornitura di un POS WEB agli esercenti disponibili ad accettare i pagamenti tramite carta sanitaria, l'emissione dello scontrino, la notifica del pagamento in automatico tramite sms;

Dichiara di essere in regola con i contributi previdenziali ed assistenziali **(DURC)**.

Si allega documento di riconoscimento.

Florida li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_