| Tipologia di Richiesta                               |             |                                 |                  |                         |        |
|--|-------------|---------------------------------|------------------|-------------------------|--------|
| Cauzione Pr  | rovvisoria  |                                 |                  |                         |        |
| Obbligato principale/Contraente                      |             |                                 |                  | CF/PI                   |        |
| Rosso Pomo   |             |                                 | RSSPMO01B02A035F |                         |        |
| Indirizzo  |             |                                 |                  |                         | civico |
| viale brnx   |             |                                 |                  | 3                       |        |
| Сар  | Comune      |                                 |                  | Provincia               |        |
| 00897  | Alessandria | ndria                           |                  | Alessandria             |        |
|  |             |                                 |                  |                         |        |
| Beneficiario   |             |                                 |                  | CF/PI                   |        |
| Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze |             |                                 |                  | 04612750481 04612750481 |        |
| Indirizzo  |             |                                 |                  |                         |        |
| Largo Brambilla 3                                    |             |                                 |                  |                         |        |
| Сар  | Comune/Sede |                                 |                  | Provincia               |        |
| 50141  | Firenze     |                                 |                  | FI                      |        |
|  |             |                                 |                  |                         |        |
| Descrizione Garanzi                                  |             | 032 - FORNITURA DI N. 30 INTROD |                  |                         |        |
| CONFOCAL   | E - CONVIVO | SURGICAL WORKPLACE E PATI       | HOLOGY           |                         |        |
|  |             |                                 |                  |                         |        |
| 9.000,00 Importo in lettere novemila/00              |             |                                 |                  |                         |        |
| ,  |             | Periodo di garanzia             | Pari a giorni    |                         |        |
|  |             | 21/04/2023 - 18/10/2023         | 180              |                         |        |
|  |             |                                 |                  |                         |        |
| Note   |             |                                 |                  |                         |        |
|  |             |                                 |                  |                         |        |