



Spett.le Università degli Studi di  
Brescia  
Dipartimento di Medicina Molecolare  
e Traslazionale  
Viale Europa, 11  
25123 BRESCIA

### **RICHIESTA DI PRESTAZIONE A TARIFFA e CONFERMA D'ORDINE**

Il sottoscritto (nome/cognome, qualifica) .....  
in nome e per conto dell'Istituto Scolastico .....  
sito in....., Via .....  
(di seguito definito anche soltanto come "Committente") recapito telefonico..... indirizzo  
@mail ..... PEC..... facendo riferimento  
alla vostra Offerta emessa dalla Segreteria Amministrativa del DMMT, per la fornitura della "Valigia del  
Ricercatore" conferisce mandato all'Università di Brescia – DMMT per il noleggio della seguente attività:

**Valigia del Ricercatore – Scena del Crimine – Versione "Base" – Noleggio completo** (reagenti,  
strumentazione, materiali) – Costo 60 € + IVA/CLASSE – Quantità richiesta: \_\_\_\_\_

**Valigia del Ricercatore – Scena del Crimine – Versione "Base" – Solo reagenti** – Costo 30 € +  
IVA/CLASSE – Quantità richiesta: \_\_\_\_\_

**Valigia del Ricercatore – Scena del Crimine – Versione "Avanzata" – Noleggio completo** (reagenti,  
strumentazione, materiali) – Costo 60 € + IVA/CLASSE – Quantità richiesta: \_\_\_\_\_

**Valigia del Ricercatore – Scena del Crimine – Versione "Avanzata" – Solo reagenti** – Costo 30 € +  
IVA/CLASSE – Quantità richiesta: \_\_\_\_\_

**Valigia del Ricercatore – Trasformazione Batterica – Noleggio completo** (reagenti, strumentazione,  
materiali) – Costo 60 € + IVA/CLASSE – Quantità richiesta: \_\_\_\_\_



**Valigia del Ricercatore – Trasformazione Batterica – Solo reagenti – Costo 30 € + IVA/CLASSE – Quantità richiesta:** \_\_\_\_\_

**Valigia del Ricercatore – Laboratorio di Microscopia – Noleggio completo – Costo 60 € + IVA/CLASSE – Quantità richiesta:** \_\_\_\_\_

**Il pagamento avverrà dopo aver concluso l'attività sperimentale e solo in seguito ad emissione di fattura da parte del DMMT. In caso di disguido tecnico/organizzativo che ha impedito il regolare svolgimento dell'attività sperimentale non verrà chiesto alcun compenso.**

Modalità di Pagamento:

- Scuole Private: Tramite SISTEMA PAGOPA
- Scuole Pubbliche: Tramite accreditamento con Girofondi in Banca d'Italia sul Conto di Tesoreria Unica n. 0036424 UniBS - DMMT

Periodo ottimale per il noleggio: mese di.....

N° classi in cui si intende effettuare l'attività.....

Importo totale da pagare\* .....

**Dati per la Fatturazione:**

Ragione Sociale .....

Indirizzo .....

C.F./P.I. ....Recapito telefonico.....

Fax..... Spedizione fattura elettronica: Codice SDI: .....

PEC.....

CIG (per le scuole pubbliche) .....



**Referente Istituto Scolastico:**

Nome e cognome Referente .....

recapito telefonico..... indirizzo @mail .....

**Si prega di compilare il presente modulo esclusivamente in formato digitale.**

**Informazioni relative alla gestione dei dati personali**

Il Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale assicura che i dati personali acquisiti vengono trattati secondo il nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR), in vigore dal 25 maggio 2018 e saranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento dei fini istituzionali dell'Ente.

**Condizioni generali di contratto**

Il sottoscritto, in qualità di Rappresentante dell'Istituto Scolastico sopra indicato quale Committente, dichiara di aver preso visione delle Condizioni generali di contratto per le prestazioni di servizio del DMMT accluse all'Offerta e di accettarne integralmente e senza riserve il contenuto.

**Sottoscrizione ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c.**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare specificamente le seguenti clausole delle predette condizioni generali di contratto: (4) maggiorazioni per urgenza (8) esonero di responsabilità per danni ai Materiali (14) esonero di responsabilità per l'uso dei Materiali e deroga alla giurisdizione.

Luogo, data, timbro e firma



**CONFERMA ORDINE (da compilarsi a cura del DMMT e restituire a titolo di conferma)**

**Con la presente si conferma ordine Vs richiesta**

Periodo del noleggio .....

N° classi in cui si intende effettuare l'attività .....

Importo totale da pagare \* .....

Firma conferma d'ordine .....

---

**Contatti:**

Per eventuali delucidazioni o informazioni amministrative:

Sig.ra Giulia Busseni

U.O.C. Ricerca e Didattica di Laboratorio – DMMT

[ricercaedidatticadmmt@unibs.it](mailto:ricercaedidatticadmmt@unibs.it) – 030 3717304

Per eventuali delucidazioni o informazioni tecniche:

Dott.ssa Roberta Giuliani

U.O.C. Ricerca e Didattica di Laboratorio – DMMT

[ricercaedidatticadmmt@unibs.it](mailto:ricercaedidatticadmmt@unibs.it) – 030 3717625

\*Il pagamento verrà effettuato dalla scuola dopo emissione di fattura da parte del Dipartimento. L'importo della fattura sarà calcolato solo in base al n. di classi che avranno effettivamente partecipato con successo all'attività, quindi potrà differire da quanto riportato in questo modulo di richiesta.

REV. 6