**DECLARACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES DE SEGUNDA MANO**

**AYUDAS A PROYECTOS ESTRATÉGICOS PARA LA TRANSICIÓN INDUSTRIAL DEL SECTOR FARMACÉUTICO Y DEL SECTOR PRODUCTOS SANITARIOS (PERTE SALUD DE VANGUARDIA)**

D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con N.I.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en representación legal de la empresa o entidad

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con CIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara que:

Para el proyecto presentado al PERTE Salud de Vanguardia Nº de Expediente

FAR - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_ y título

Todos los bienes adquiridos son de primera mano.

Los siguientes bienes declarados son de segunda mano:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nº FACTURA | Descripción del gasto | Proveedor | C.I.F. proveedor |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Y se presenta la documentación correspondiente según establece la Guía de Justificación:

Declaración del vendedor, para cada uno de los activos anteriores sobre el origen de los bienes, y sobre que no han sido objeto de ninguna subvención nacional o comunitario.

Certificado de tasador independiente, para cada uno de los activos anteriores.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_