

**BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA
SANITARIA OFFERTA CIG: ZA12D94B27**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

In qualità di _____

Rappresentante legale, Procuratore, etc dell'impresa

Con sede in _____

C.F. _____ Partita IVA _____

_____ o per conto della Ditta/società/

studio medico

Sita/o in _____

in possesso dei requisiti previsti dal seguente Bando,

OFFRE

Per l'attribuzione dell'incarico di "MEDICO COMPETENTE" il seguente costo annuo (lordo Stato e per le ditte IVA compresa):

Oggetto	Costo orario in lettere e in cifre omnicomprensivo al lordo di ogni fiscalità
Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo annuale)	
Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo medio) compreso eventuale costo per uscita	

Data _____

Firma _____