

BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA OFFERTA A.S. 2024-25

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/_____

in qualità di _____

rappresentate legale, procuratore, etc. dell'impresa _____

con sede in _____

C.F. _____ Partita IVA _____

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 Omnicomprendivo al lordo di ogni fiscalità
Incarico ANNUALE medico competente, comprensivo di visite mediche, relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo triennale)	

Data _____

Firma _____