

BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL
SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA

OFFERTA

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ in qualità di _____

rappresentate legale, procuratore, etc. dell'impresa _____

con sede in _____

C.F. _____ Partita IVA _____

O F F R E

a) per l'attribuzione dell'incarico di "MEDICO COMPETENTE", il seguente costo orario (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 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 _____

Il/I concorrente/i
