

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

\_\_\_\_\_