

**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):

| <b>Oggetto</b>   | <b>Costo orario in lettere e in cifre<br/>Omnicomprendivo al lordo di ogni fiscalità</b> |
|--|--|
| Incarico ANNUALE medico competente, comprensivo di visite mediche, relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo triennale) |  |

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_