# Allegato 4

**BANDO DI GARA PER L’AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

**O F F E R T A**

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

per l’attribuzione dell’incarico di “MEDICO COMPETENTE”, secondo le indicazioni sotto indicate

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto** | **Costo orario in lettere e in cifre Omnicomprensivo al lordo di ogni fiscalità** |
| Incarico triennale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo triennale e distinto per annualità) |  |
| Importo richiesto per visita medica/esami della vista dei dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo medio) |  |
| Importo medio per eventuale costo aggiuntivo visita dipendenti presso la sede dell’Istituto Comprensivo |  |
| **TOTALE** |  |

Data

Firma