**ALLEGATO 4: Tabella D - Offerta economica**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESTAZIONE** | **IMPORTO RICHIESTO** |
| **Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, parte- cipazione alla riunione periodica e consulenze varie** | **€** |
| **Visita medica con giudizio di idoneità per la mansione o per l'attività da espletare**  **COSTO PER SINGOLA VISITA** | **€** |

**Luogo data FIRMA**