**Allegato 3**

**AVVISO DI GARA PER L’AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA OFFERTA ISTITUTO COMPRENSIVO PIANCASTAGNAIO**

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):

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto** | **Costo in lettere e in cifre** |
|  | **Omnicomprensivo 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 per ogni profilo) |  |
|  |  |
| Importo richiesto per visita medica dipendente al rientro da infortunio/malattia lungo periodo  (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo per ogni profilo) |  |
| Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |