

AVVISO PUBBLICO PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA

- OFFERTA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il __/__/____

in qualità di _____

C.F. _____ Partita IVA _____

OFFRE

per l'attribuzione dell'incarico di "MEDICO COMPETENTE", il seguente costo annuo (loro Stato):

Oggetto	Costo orario in lettere e in cifre Omnicomprendivo al lordo di ogni fiscalità
Incarico (annuale/biennale/triennale) medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo), attività di sorveglianza sanitaria eccezionale (cd. lavoratori fragili)	
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 _____

Firma _____