

**Allegato 4****BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA OFFERTA**

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 statoe per le ditte IVA compresa):

| Oggetto   | Costo orario in lettere e in cifre<br>Omnicomprendsivo 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) compreso eventuale costo per uscita |   |

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_