

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

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/_____

in qualità di _____

con sede in _____

C.F. _____ Partita IVA _____

OFFRE

per l'attribuzione dell'incarico di "MEDICO COMPETENTE", il seguente costo annuale (lordo stato e per le ditte IVA compresa):

Oggetto	Costo in lettere e in cifre Omnicomprendente al lordo di ogni fiscalità
Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, compilazione DVR e consulenze varie (indicare importo complessivo annuale)	
Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale (personale amministrativo/collaboratori scolastico) indicare importo per ogni profilo compreso eventuale costo per uscita Per costo di uscita si intende l'esecuzione delle visite presso la sede e/o plessi dell'Istituto) Indicare anche il costo di eventuali visite richieste dal personale docente	

Data _____

Firma _____

PSIC815005 - A1C0F98 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0007964 - 19/12/2025 - VII.7 - U