

**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 stato e per le ditte IVA compresa):

Oggetto	Costo orario in lettere e in cifre Omnicomprendivo al lordo di ogni fiscalità
Incarico triennale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo triennale)	
Importo richiesto per corso di formazione al personale scolastico per movimentazione carichi attivi	
Esperienza di medico competente in istituti scolastici	N. anni
Esperienza di medico competente presso enti pubblici	N. anni

Data _____

Firma _____