

**AVVISO DI SELEZIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE SANITARIA
OFFERTA**

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

in qualità
di _____

C.F. _____ eventualmente rappresentante legale della
società _____ CF _____ P.IVA con sede
legale _____

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 Omnicomprendente al lordo di ogni fiscaltà
Incarico triennale medico competente, comprendente di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo triennale)	
Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo medio) compreso eventuale costo per uscita	

Luogo e data _____

Firma
