

**OFFERTA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA
CIG: Z043002CB7**

Il sottoscritto
 nato a il
 codice fiscale
 Partita IVA

in qualità di

rappresentante legale, procuratore, etc. dell'impresa

con sede nel comune di

indirizzo e n. Civico

C.F. Partita IVA

OFFRE

per l'attribuzione dell'incarico di "MEDICO COMPETENTE", il seguente compenso (IVA esclusa):

Oggetto	Compenso in €
Incarico di medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo annuo)	<input type="text"/>
Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo medio)	<input type="text"/>

Data _____

Firma _____