

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

O F F E R T A

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ in qualità di _____

rappresentate legale, procuratore, etc. dell'impresa _____

con sede in _____

C.F. _____ Partita IVA _____

O F F R E

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

prestazione	Importo max per ogni istituto della rete Comprensivo di spese ed oneri di legge qualora previsti
Incarico annuale medico competente complessivo per tutta la prestazione	
Importo massimo richiesto per ogni visita dipendenti o studenti con redazione e aggiornamento della cartella sanitaria per lo stesso sottoposto a sorveglianza	
Visita oculistica ed eventuali esami specifici del personale addetto all'uso di strumenti elettronici di video lettura e videoscrittura	

Data _____

Il/I concorrente/i
