**Allegato 4**

**BANDO DI GARA PER L’AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA OFFERTA CIG: ZF333DCF1B**

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 annuo (lordo stato):

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto** | **Costo orario in lettere e in cifre** |
|  | **Omnicomprensivo al lordo di ogni fiscalità** |
|  |  |
| Incarico annuale medico competente, |  |
| comprensivo 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 |  |
|  |  |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_