

Allegato A)

PROFESSIONISTA/DITTA/STUDIO

.....
.....
.....

**UNIONE TERRE D'ACQUA – Uff. Protocollo
Presso Comune di San Giovanni in Persiceto
Corso Italia, 70
40017 San Giovanni in Persiceto (Bo)
PEC: unione.terredacqua@cert.provincia.bo.it**

OGGETTO: SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE AI SENSU DEL D.LGS. 81/2008 PER UN PERIODO BIENNALE DI 24 MESI – PROCEDURA COMPARATIVA

Il sottoscritto.....

nato a(.....)

il.....codice fiscale.....

domiciliato per a carica ove appresso, in qualità di.....
(*legale rappresentante, titolare, procuratore.....*)

della impresa.....

codice fiscale..... P.IVA.....

con sede legale in(.....), Via.....

tel..... mail PEC.....

con sede operativa in(.....),

Via..... tel.

in nome e per conto proprio/della società che rappresenta

DICHIARA

- di avere preso visione della richiesta di procedura comparativa e di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti;
- di aver preso visione e di accettare che la richiesta di preventivo non vincola in alcun modo l'amministrazione a procedere all'affidamento.

A tal fine, con riferimento al servizio in oggetto, formula il seguente preventivo

di € _____ (in cifre)

di € _____ (in lettere)

Data,

Firma

Allegare copia di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità

Allegare copia Curriculum Vitae soggetto individuato come medico competente