COMUNE DI CAMOMORONE

Citta' Metropolitana di Genova

OFFERTA RELATIVA ALL'AFFIDAMENTO DIRETTO, AI SENSI DELL'ART. 36 COMMA 2 lett. a) DEL D.LGS 50/2016 e ss.mm.ii. DI INCARICO DI MEDICO COMPETENTE E SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA SUI LUOGHI DI LAVORO AI SENSI DEL D. LGS 81/2008 e ss.mm.ii (BIENNIO)

OFFERTA

Il sottoscritto_____nato a_____il _____

e residente a_____Prov.

_____CAP_____

via/piazza_____N.____ C.F. _____ P. IVA .

_____Tel. _____E-

mail_____PEC_____

In qualità di_____della Ditta_____ sede legale nel Comune di_____(_) Via/Piazza_____n.__Codice Fiscale_____ Partita IVA_____ Tel. _____

E-mail. _____PEC_____

DICHIARA

- che il ruolo di medico competente sarà assolto da persona fisica nome _____ e cognome_____;
- di aver svolto attività di medico competente nei seguenti Comuni nell'ultimo triennio:

  _____ Durata dal_____ al _____

  _____ Durata dal_____ al _____

  _____ Durata dal_____ al _____

  _____ Durata dal_____ al _____

- di accettare il disciplinare di richiesta dell'offerta.

FORMULA IL SEGUENTE PREVENTIVO (riferito a 12 mesi)

% _____ di ribasso sulla somma di € 2.000,00 esente IVA, spesa riferita alle prestazioni previste dalla normativa e dal disciplinare dell'incarico di medico competente del Comune di Campomorone, comprensivo di qualsiasi onere, spese viaggio, eventuali spese generali ecc. e non saranno ammesse integrazioni.

Data…….. Firma……