**Allegato 3**

**PROCEDURA DI SELEZIONE PER L’AFFIDAMENTO DELL’INCARICO DI MEDICO COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA, DI DURATA TRIENNALE, A DECORRERE DALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.**

**OFFERTA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rappresentate legale, procuratore, etc. dell’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OFFRE**

per l’attribuzione dell’incarico di “MEDICO COMPETENTE”, il seguente costo triennale (lordo stato e per le ditte IVA compresa):

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto** | **Costo orario in lettere e in cifre** |
|  | **omnicomprensivo al lordo di ogni fiscalità** |
|  |  |
| Incarico TRIENNALE medico competente, |  |
| comprensivo di visite mediche, relazione annuale, |  |
| partecipazione alla riunione periodica e consulenze |  |
| varie (indicare importo complessivo triennale) |  |
|  |  |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

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