

Bando di gara per l'affidamento dell'incarico di medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria
C.I.G.: Z3D2A3FB87

O F F E R T A

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/_____

in qualità _____

rappresentate legale, procuratore, etc. dell'impresa

con sede in _____

C.F. _____ Partita IVA _____

O F F R E

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

Oggetto	Costo orario in lettere e in cifre Omnicomprendivo al lordo di ogni fiscalità
Incarico annuale di medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alle riunioni periodiche e consulenze varie	
Prima visita medica con giudizio di idoneità (costo cadauno, su richiesta dell'Istituto)	
Visite mediche periodiche con giudizio di idoneità (costo cadauno su richiesta dell'Istituto), compreso eventuale costo per uscita	
Spirometri, valutazione ergoftalmologica	

Data _____

Firma _____

