

**OFFERTA ECONOMICA DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA OFFERTA**

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 e per le ditte IVA compresa):

<b>Oggetto</b>	<b>Costo orario in lettere e in cifre Omnicomprendivo al lordo di ogni fiscalità</b>
Incarico medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo)	
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 \_\_\_\_\_