

## Allegato 4

### BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA OFFERTA CIG: Z6E392B2A5

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 annuo (lordo stato e per le ditte IVA compresa):

Oggetto	Costo orario in lettere e in cifre Omnicomprendente al lordo di ogni fiscalità
Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo annuale)	
Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale (personale amministrativo/collaboratori scolastico) indicare importo per ogni profilo compreso eventuale costo per uscita  <b>Per costo di uscita si intende l'esecuzione delle visite presso la sede e/o plessi dell'Istituto)</b>  <b>Indicare anche il costo di eventuali visite richieste dal personale docente</b>	

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_