

__l__ sottoscritt__ , _____ , titolare/legale
rappresentante della ditta _____
con sede in _____, via _____ partita IVA _____

DICHIARA

DI OFFRIRE, PER IL SERVIZIO DI MEDICO COMPETENTE DELL'ARPAS per la durata di 24 mesi, i seguenti prezzi unitari:

DESCRIZIONE (RIF. ART 3 CAPITOLATO SPECIALE APPALTO)	Quantità totali	Prezzo UNITARIO <i>in cifre</i>	Prezzo TOTALE <i>in cifre</i>
Punto 1) VISITE MEDICHE compresi tutti gli obblighi riportati nell'allegato 1 del Capitolato	630		
Punto 2) SOPRALLUOGHI AMBIENTI LAVORO	12		
	Prezzo complessivo PER LA DURATA DI 24 MESI <i>in cifre</i>		€ _____
	Prezzo complessivo PER LA DURATA DI 24 MESI <i>in LETTERE</i> _____		

Percentuale di ribasso offerto sull'importo a base d'asta: l'importo complessivo biennale offerto per le prestazioni oggetto di gara deve coincidere con il prezzo ottenuto applicando alla base d'asta la percentuale di ribasso offerta e indicata di seguito **(in cifre)** _____ % ;
(in lettere) _____ %

il costo della sicurezza relativo alla propria organizzazione _____

(Data)

(firma)

APPLICARE LA MARCA DA BOLLO