

Allegato 4

OFFERTA ECONOMICA

Il/la sottoscritto/a _____
Nato a _____ *il* _____ *e residente in* _____
prov. _____ *via* _____ *cap* _____
e-mail _____ *Codice fiscale* _____
tel/cell _____ *partita Iva* _____

CHIEDE

Per l'attribuzione dell'incarico di "MEDICO COMPETENTE" il seguente costo annuo (lordo stato annicomperensivo)

OGGETTO	COSTO OMNICOMPENSIVO
<i>Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale e partecipazione alle riunioni periodiche e annuali e consulenze varie</i>	

Luogo e data _____

Timbro e firma
