

__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