

Allegato B

OFFERTA ECONOMICA

(in busta chiusa idoneamente sigillata e controfirmata sui lembi di chiusura)

*Arca Capitanata
Via Romolo Caggese n. 2
71121 Foggia*

**PREVENTIVO PER L’AFFIDAMENTO DIRETTO DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA
SANITARIA – ATTIVITA’ DI MEDICO COMPETENTE - PER IL PERSONALE ARCA
CAPITANATA**

CODICE CIGZ922269C3E

Il/La sottoscritto/a _____,
in qualità di _____,
nato/a a _____ il _____, residente in _____,
alla Via _____ n. _____, Codice Fiscale _____
P.I. _____ Tel _____ pec _____

FORMULA IL SEGUENTE PREVENTIVO

Visita medica e adempimenti connessi: € _____ esente IVA art. 10 DPR 663/72 per
ciascuna visita x ___ dipendenti x 3 anni € _____;

Test screening ergoftalmologico e adempimenti connessi: € _____ esente IVA art. 10
DPR 663/72 per ciascun test x ___ dipendenti x 3 anni € _____;

Quota forfettaria per tutti gli ulteriori adempimenti oggetto di convenzione quali, a titolo
esemplificativo: stesura del protocollo sanitario, relazione sanitaria di fine anno, sopralluogo igieni
stico ambientale degli ambienti di lavoro, partecipazione alle riunioni periodiche, € _____
oltre Iva se dovuta per ciascun anno x 3 anni € _____

TOTALE € _____.

In relazione al predetto preventivo, il sottoscritto

DICHIARA

- che le prestazioni oggetto del servizio si terranno presso lo studio ubicato in Foggia, alla Via
_____ n. _____;

- che le prestazioni oggetto del servizio sono perfettamente eseguibili in ogni loro parte, anche
di dettaglio, con le modalità e nei tempi previsti;

- che il presente preventivo è inferiore al valore triennale presuntivo del servizio in oggetto;
- di impegnarsi a mantenere valido e vincolante il prezzo indicato nel presente preventivo;
- di aver tenuto conto, nel redigere il presente preventivo, delle disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia contributiva;
- di aver tenuto conto, nel predisporre il presente preventivo, degli obblighi relativi alle vigenti disposizioni in materia di sicurezza, di condizioni di lavoro, di previdenza e di assistenza;

(barrare la casella che interessa)

di svolgere personalmente il servizio di cui in oggetto;

di designare quale Medico Competente il dott. _____,
come risulta dalla domanda di partecipazione.

Data _____

Firma _____