

BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA

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):

INCARICO/COSTO	Incarico/Costo orario in lettere e in cifre Omnicomprendente al lordo di ogni fiscalità	Autocertificazione
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 Per costo di uscita si intende l'esecuzione delle visite presso la sede e/o plessi dell'Istituto) Indicare anche il costo di eventuali visite richieste dal personale docente		

ESPERIENZE	Punti Max 40	Punteggio autocertificato
Esperienze di medico competente in Istituti Scolastici	4 punti per ogni incarico 28 punti max	
Esperienze di medico competente in Enti pubblici	2 punti per ogni incarico 12 punti max	

Data _____

Firma _____