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 omnicomprensivo)

OGGETTO	*COSTO OMNICOMPRENSIVO*
Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale e partecipazione alle riunioni periodiche e annuali e consulenze varie	
Importo per visita medica e eventuale costo per visita in uscita	

Luogo e data_____

Timbro e firma

_____