**Allegato B)**

**FORMULAZIONE OFFERTA**

Spett.le

C.F.P. Bassa Reggiana Soc. Cons. r.l.

Via S. Allende n. 2/1

42016 Guastalla (RE)

**Oggetto: AVVISO ESPLORATIVO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE E CONTESTUALE PRESENTAZIONE DELL’OFFERTA ECONOMICA PER L’AFFIDAMENTO DELL’INCARICO DI MEDICO COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008 E S.M.I. PER C.F.P. BASSA REGGIANA DAL 01/01/2023 AL 31/12/2025 CON POSSIBILE PROROGA DI ALTRI ANNI 2**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (di seguito “Impresa”), con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo di posta elettronica certificata PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in forza dei poteri conferiti con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRESENTA LA MIGLIORE OFFERTA**

come di seguito specificata:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prestazione** | **Importo stimato** | **Valore dell’offerta (a ribasso)**  |
| **Istituzione cartella sanitaria individuale (solo prima visita)** | **Max € 5,00** | € ……………………….. |
| **VISITA per impiegati/videoterminalisti (> 20 ore settimanali di VDT)**Visita medica generale Screening ergo-oftalmologico per videoterminalisti  | **Max € 55,00** | € ……………………….. |
| **VISITA per allievi classi IeFP**Visita medica generale Prove di funzionalità respiratoriaEsame audiometrico tonale con cartella audiologica | **Max € 64,00** | € ……………………….. |
| **Compilazione con invio telematico allegato 3B** | **Max € 80,00** | € ……………………….. |
| **Sopralluogo in azienda** | **Max € 68,00** | € ……………………….. |
| **Relazione sanitaria annuale** | **Max € 100,00** | € ……………………….. |

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Dichiarante

 (Timbro e firma)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_