

Modulo offerta – Allegato C

Marca da bollo

€ 16,00

Offerta economica

INCARICO DI MEDICO COMPETENTE AFFIDAMENTO DIRETTO [ARTICOLO 36 -- COMMA 2, LETTERA A) DEL CODICE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente nel Comune di _____ C.A.P. _____ Provincia _____
Stato _____ Via/Piazza _____
nella sua qualità di _____
del soggetto

- Denominazione dell'impresa: _____
- Sede legale: _____
- Sede operativa: _____
- Codice fiscale e partita I.V.A.: _____
- telefono: _____
- fax: _____
- e-mail: _____
- P.E.C. _____

partecipante alla gara di appalto in oggetto in qualità di [barrare la casella che interessa]

- Libero professionista
- impresa singola
- impresa singola in avvalimento con l'impresa
- impresa mandataria/capogruppo in RTI o consorzio ordinario (ai sensi dell'art. 67 D.Lgs. 36/2023), con le seguenti imprese [indicare la composizione dei raggruppamenti o consorzi ordinari di concorrenti o Geie di cui si fa parte, incluse le eventuali imprese cooptate]

Imprese mandanti

Impresa cooptata



OFFRE IL RIBASSO PERCENTUALE DEL

in cifre: , %

in lettere:

sull'importo a base d'asta di € 3.800,00 [Euro tremilaottocento/00], determinando conseguentemente un importo contrattuale pari a

in cifre: € . ,

[oneri della sicurezza esclusi]

in lettere: Euro

[operi della sicurezza esclusi]

BROWNSTEIN

che i costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, in conformità alle disposizioni vigenti in materia di contratti pubblici (D.Lgs. 36/2023), ammontano a

€ _____

[Luogo]

[Data]

[Firma leggibile]

[Firma leggibile]

[Allegare copia fotostatica non autenticata del documento di identità del sottoscrittore]

¹ Indicare i costi in valore unitario oppure in termini percentuali rispetto al valore complessivo offerto.