#  Allegato 2 Offerta economica

Timbro della Ditta

Oggetto: **Consulenza medico del Lavoro e gli adempimenti previsti dal D.L. 81/08”**

 **Triennio 2022/2025 – Allegato indagine di mercato prot 5822 del 11/10/2022**

 *.*

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

in nome della ditta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di titolare/legale rappresentante/Procuratore speciale/Procuratore generale presenta la seguente offerta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione** | **Quantità** | **Costo U.** | **IVA %** |
| Nomina medico competente comprensivo di tutte le prestazioni: dal n.1 al n.5 (art. 3 indagine di mercato)  |  1 (annuale |  |  |
| Visita Medico del lavoro | 1 |  |  |
| Test di funzionalità visiva | 1 |  |  |
| Esame spirometrico a tutto il personale(se previsto) | 1 |  |  |

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Timbro e firma