

Al Segretario Direttore del
Centro Servizi Anziani di Adria
Riviera S. Andrea, 4
45011 Adria (RO)

OFFERTA ECONOMICA PER L’AFFIDAMENTO DELL’ INCARICO DI MEDICO COMPETENTE

Il / la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Residente _____
nella sua qualità di legale rappresentante della ditta _____
Con sede in _____

Per l’aggiudicazione dell’ incarico per lo svolgimento delle funzioni di “medico competente”
ai sensi dell’ art. 41 del D.Lgs 81/08

PRESENTA LA SEGUENTE OFFERTA ECONOMICA

PRESTAZIONE	CORRISPETTIVO IN CIFRE esclusa IVA	PERCENTUALE IVA
COMPENSO FISSO ANNUALE per assunzione incarico medico competente di cui art. 3 lettera a) dell’avviso. per stesura protocolli sanitari, certificazioni di idoneità, riunioni periodiche art. 35 con Servizio Prevenzione Protezione, sopralluogo sul posto di lavoro, rapporti con lo SPISAL o altri Enti, collaborazione con RSPP, consulenza alla Direzione.	Euro _____	Euro _____
COMPENSO per sorveglianza sanitaria di cui art. 3 lettera b) dell’avviso. per ogni singola visita medica preventiva e periodica, effettuata presso il C.S.A. di Adria, con compilazione della cartella sanitaria con periodicità in base a protocollo sanitario;	Euro _____	Euro _____

ULTERIORI EVENTUALI PRESTAZIONI

<p>ULTERIORE COMPENSO obbligatorio di cui art. 3 lettera c) dell'avviso per attività di formazione/informazione, riunioni straordinarie, colloqui operativi con il personale (telefonici, on-line o presso la sede dell'Ente), sopralluoghi ad esclusione del primo previsto dalla normativa, prestazioni extra non preventivabili ecc.</p>	Euro _____	Euro _____
<p>Offerta eventuale: per visita oculistica specialistica per addetti videoterminali, con periodicità in base a protocollo sanitario;</p> <p>indicare la sede del Centro autorizzato _____</p>	Euro _____	Euro _____
<p>Offerta eventuale: Per altri esami: Singolo Esame spirometrico Singolo Esame audiometrico Singolo Esame oftalmologico</p> <p>indicare la sede del Centro autorizzato _____</p>	Euro _____ Euro _____ Euro _____	Euro _____ Euro _____ Euro _____ _____

Luogo e data _____

Timbro e firma leggibile

- Firma autografa non autenticata del legale rappresentante o libero professionista con allegata copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 DPR 445/2000)
- Firma digitale del legale rappresentante o libero professionista

