*ALLEGATO 2* **Spett.le**

**CPIA Teramo**

**Largo Marisa Ferrari snc**

**64046– Montorio al Vomano**

OGGETTO: OFFERTA ECONOMICA PER LA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………….………………………………..……. nato/a a ……………………………………………….………………… (.….) il ……………………....………. residente in ………..…………………………………….. Via …………………………………….…………….…….……………. P.I. ………………………...........................… C.F… …………………....…..…………….…………………..……… tel …………….……… fax… ….……………. indirizzo e-mail (pec) …………………….……………………….……, per lo svolgimento dell’attività di “medico competente”, prevista dal Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i., avente una durata di un anno (01) – periodo dal 01/09/2020 al 31/08/2021-, presso codesto istituto

**DICHIARA**

di accettare senza alcuna riserva né restrizione tutte le clausole e le condizioni previste nell’Avviso Pubblico di selezione e di formulare la seguente offerta economica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Descrizione Prestazione* | *Importo posto a base d’asta* | *Offerta in cifre* | *Offerta in lettere* |
| Incarico medico competente, comprensivo di relazione annuale. Partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie - Costo Annuale | 700 €  |  |  |
| Importo richiesto per visita medica del dipendente - costo unitario | 40 €  |  |  |

***Gli importi si intendono onnicomprensivi, al lordo di qualsiasi onere previdenziale, fiscale, assicurativo e di legge.***

***Non sono ammesse offerte in aumento***

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma per accettazione da parte dell’offerente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***NB: allegare documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, pena l’esclusione.***