

ALLEGATO B

MODELLO PER LA COMPILAZIONE DEL PREVENTIVO PER IL SERVIZIO DI GESTIONE DELLE ATTIVITA' DELLE CELLE MORTUARIE PRESSO I PRESIDII OSPEDALIERI DI LEGNAGO E BOVOLONE E IL RELATIVO SERVIZIO MORTUARIO

Il sottoscritto nato a il
in qualità di..... e quindi di legale rappresentante della
società..... con sede legale a
in Via..... n°..... Tel..... fax
e-mail CF / P IVA

OFFRE

I seguenti corrispettivi:

Descrizione dell'attività	Sede del servizio	Orari del servizio	Costo del servizio stimato (oltre IVA)	Sconto offerto
Gestione delle attività delle celle mortuarie	Ospedale di Legnago	dal lunedì al sabato 08:00-12:30 13:30-17:30 Reperibilità h24	Canone mensile servizio	% su canone mensile servizio
	Ospedale di Bovolone		€ 8.580,00%
Gestione del singolo servizio mortuario	Ospedale di Legnago		Costo unitario servizio	% su costo unitario servizio
	Ospedale di Bovolone		€ 80,00%

Il sottoscritto si impegna altresì a mantenere valido il preventivo per 180 giorni.

Sottoscritto digitalmente