

ALLEGATO B

Modello per la compilazione del preventivo per il servizio di screening di secondo livello specialistico di pertinenza internistico-endocrinologica e cardiologica all'interno del "Programma di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta a PFAS"

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

sotto la propria responsabilità, considerando che i costi stimati da questa Amministrazione sono i seguenti

Tipologia servizio	Prezzo unitario (IVA esclusa)
Prima visita internistico-endocrinologica	€ 25,00
Prima visita cardiologica	€ 37,50
Visita di controllo internistico-endocrinologica o cardiologica	€ 18,75

OFFRE

i seguenti **prezzi unitari**:

Tipologia servizio	Prezzo unitario offerto (IVA esclusa)
Prima visita internistico-endocrinologica	€
Prima visita cardiologica	€
Visita di controllo internistico-endocrinologica o cardiologica	€

Il sottoscritto si impegna a mantenere valido il presente preventivo per almeno **180 giorni** a decorrere dalla data ultima fissata per la presentazione.

Letto confermato e sottoscritto.
