

**AZIENDA SANITARIA DI PESCARA**

**Via Paolini, 45 – 65100 PESCARA**

**Codice Fiscale – Partita IVA n. 01397530682**

**www.ausl.pe.it**

**ATTESTATO DI AVVENUTO SOPRALLUOGO**

**OGGETTO: FORNITURA IN SERVICE DI SISTEMI DIAGNOSTICI AUTOMATIZZATI PER IL LABORATORIO TRASFUSIONALE DEL P.O. DELLA AUSL DI PESCARA.**

SI ATTESTA CHE

In data odierna la/il Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nata/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

in \_\_\_\_\_ Identificato a mezzo di

\_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_ nella qualità di

\_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ Si è recata/o presso i locali del laboratorio trasfusionale del P.O. di

\_\_\_\_\_, e di avere nel complesso preso conoscenza ed accertato tutte le circostanze generali,

particolari e locali, nessuna esclusa, che possono influire sulla determinazione della propria offerta inerente

la presente procedura.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_ (luogo e data)

Per l'Azienda

(firma)

\_\_\_\_\_

Per l'Impresa

(firma)