

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)