



AZIENDA SANITARIA DI PESCARA

Via Paolini, 45 – 65100 PESCARA

Codice Fiscale – Partita IVA n. 01397530682

www.ausl.pe.it

Modello 4

ATTESTATO DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

**OGGETTO: FORNITURA IN SERVICE DI SISTEMI DIAGNOSTICI BASATI SU
METODOLOGIA MOLECOLARE, DA EFFETTUARSI PRESSO LA UOC
SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA – MEDICINA TRASFUSIONALE –
LABORATORI DI EMATOLOGIA DEI PP.OO. DI PESCARA, PENNE E POPOLI
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 Il 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)
