



AZIENDA SANITARIA DI PESCARA

Via Paolini, 45 – 65100 PESCARA

Codice Fiscale – Partita IVA n. 01397530682

[www.ausl.pe.it](http://www.ausl.pe.it)

Modello 4

**ATTESTATO DI AVVENUTO SOPRALLUOGO**

**OGGETTO: FORNITURA IN SERVICE DI UN SISTEMA DIAGNOSTICO AUTOMATIZZATO PER SISTEMA IN “SERVICE” PER LA DETERMINAZIONE DI ESAMI DI SIERO-VIROLOGIA, PER L'IDONEITÀ ALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI E DI ESAMI DI SIERO-VIROLOGIA RIGUARDANTI IL D.L. G.S. ART.81/2008 (EX D.L. 626) PER LA SICUREZZA DEGLI OPERATORI SANITARI DELLA AUSL DI PESCARA, PER LA DETERMINAZIONE IN URGENZA DELL'HBSAG NEI NEONATI DA MADRE HBV POSITIVA, PER LA DETERMINAZIONE E RIVALUTAZIONE DI TEST SIERO-VIROLOGICI BORDER-LINE..**

**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 della UOC di Microbiologia del P.O. di Pescara., 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)

\_\_\_\_\_