



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliero Universitaria Cagliari



ATTESTAZIONE DI SOPRALLUOGO

PROCEDURA APERTA PER L'AGGIUDICAZIONE DI UNA FORNITURA IN "SERVICE" DI DIAGNOSTICI PER L'ESECUZIONE CORRETTA DEI PARAMETRI TORCH, EBV, PARVOVIRUS, B19 IGC, PARVOVIRUS B19 IGM, ALDOSTERONE, RENINA, PCT, VIT. D, DESTINATA ALLE ESIGENZE DEL LABORATORIO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI

DICHIARAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

il/la sottoscritto/a.....
 Nato/a il.....a.....Prov.....
 In qualità di.....
*(in caso di soggetti diversi dal legale rappresentante specificare il ruolo, che deve risultare anche dall'apposita delega
 allegata alla presente dichiarazione)*
 dell'impresa.....

 con sede legale in.....Prov.....
 via.....C A P.....
 con codice fiscale n.....
 con partita IVA n.....

 domiciliata, ai fini della presente gara, in.....Prov.....
 via.....C A P.....

DICHIARA

di avere preso visione dello stato dei luoghi nei quali dovrà essere eseguito il servizio oggetto della presente procedura, alla presenza degli incaricati dell'Azienda Ospedaliero Universitaria:

Data.....

Firma del/la Dichiarante (per esteso e leggibile)

Per conferma dell'avvenuto sopralluogo (timbro e firma del referente dell'amministrazione - per esteso e leggibile)