

Azienda Ospedaliero - Universitaria Cagliari



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Sede legale: Via Ospedale n.54 - 09124 CAGLIARI

CODICE FISCALE P-IVA e C.F. 031085660925

www.aoucagliari.it



ALLEGATO "C" – ATTESTAZIONE DI SOPRALLUOGO

Spett.le AOU Cagliari
Via Ospedale n° 54
09124 Cagliari

OGGETTO: Procedura aperta per l'affidamento e la gestione di un servizio amministrativo di supporto al sistema CUP per un periodo di 12 mesi rinnovabili per ulteriori 12 mesi.

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, inProv.....
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)