

ASL ROMA 5

VERBALE DI SOPRALLUOGO DEL ____/____/____
ASL ROMA 5 LABORATORIO ANALISI DI _____

Il Sottoscritto, NOME _____ COGNOME _____
C.F. _____ NATO A _____ IL _____
PROVINCIA DI _____ E RESIDENTE IN _____
VIA/ALTRO _____ CAP _____ PROV. _____
DOC. DI IDENTITA' _____ NUMERO _____ DEL _____
RILASCIATO DA _____ che si allega in copia al presente verbale
NEL RUOLO DI _____
DELLA SOCIETA' _____

CON EVENTUALI ULTERIORI ACCOMPAGNATORI (Indicare Nome, Cognome e Ruolo):

ACCOMPAGNATO DAL/DAI SEGUENTI RAPPRESENTANTI AZIENDALI:

Il Sottoscritto, NOME _____ COGNOME _____
NEL RUOLO DI _____

REFERENTE DELL'AZIENDA ASL ROMA 5

Il Sottoscritto, NOME _____ COGNOME _____
NEL RUOLO DI _____

EFFETTUANO IL SOPRALLUOGO IN RELAZIONE AI LOTTI DI INTERESSE (indicare lotti):

NB: l'indicazione dei lotti non obbliga l'operatore economico a presentare offerta per il/gli lotto/i indicato/i, fornisce solo indicazione rispetto alla esaustività delle informazioni recepite dall'operatore stesso per la redazione della propria futura offerta.

EFFETTUANDO LE SEGUENTI ATTIVITA' (Indicare eventuali attività specifiche):

EFFETTUANDO I SEGUENTI RILIEVI (Indicare se vengono effettuate attività di rilievo, misurazioni, fotografie, altro):

INDICANDO EVENTUALI NOTE:

IL SOPRALLUOGO SI E' CONCLUSO ALLE ORE: _____

IL\I VISITATORE\I DICHIARA\NO:

- 1. Di aver preso visione degli spazi e dello stato dei luoghi presso i quali dovranno essere svolti i servizi oggetto di gara, nel rispetto delle modalità di espletamento previste dalla documentazione di gara;
- 2. Di aver valutato tutti gli aspetti organizzativi, gestionali ed economici necessari ad un corretto espletamento del servizio.

FIRMATO DA:

PER AZIENDA (OO.EE.) _____

COGNOME E NOME _____ FIRMA _____

PER AZIENDA SANITARIA ROMA 5:

COGNOME E NOME _____ FIRMA _____

COGNOME E NOME _____ FIRMA _____

COGNOME E NOME _____ FIRMA _____