

Appalto specifico fornitura di farmaci Aziende Sanitarie della Regione del Veneto
Rif. interno 2017.001.03

Dettaglio prezzi

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ in qualità di _____ della Ditta _____ con Sede Legale in _____ codice fiscale/partita IVA _____

OFFRE i seguenti prodotti ai prezzi sotto indicati, impegnativi e irrevocabili per almeno 365 giorni a decorrere dalla data ultima fissata per la presentazione dell'offerta

[illegible]

nonché dichiara che i costi concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui all'art. 95, comma 10, del D.Lgs. 50/2016 sono: _____

_____, li _____ NB: Il documento dovrà essere SOTTOSCRITTO, A PENA DI ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA, CON FIRMA DIGITALE dal legale rappresentante del concorrente

_____, lì _____ NB: Il documento dovrà essere SOTTOSCRITTO, A PENA DI ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA, CON FIRMA DIGITALE dal legale rappresentante del concorrente