
Azienda Ospedaliero – Universitaria Cagliari

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 la fornitura in service, per il periodo di tre anni, di strumentazione e reagenti per l'esecuzione di test coagulativi, in un unico lotto indivisibile, da destinare al Laboratorio Spoke di Emocoagulazione del P.O. di Monserrato dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari. Importo presunto nel triennio € 240.000,00 I.V.A. esclusa, codice CIG N. 3209339E4F

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 installato l'apparecchio oggetto della fornitura sopra indicata, 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)