

**Gruppo Azione Locale**

**GAL MOLISE RURALE**

# PROGRAMMA DI SVILUPPO RURALE

# REGIONE MOLISE 2014-2020

# MISURA 19 - Sostegno allo Sviluppo Locale LEADER

**Sottomisura 19.4 – Sostegno per i costi di gestione e animazione**



**AVVISO PUBBLICO INDAGINE DI MERCATO ESPLORATIVA PER L’AFFIDAMENTO DIRETTO DELL’INCARICO DI MEDICO COMPETENTE DEL GAL MOLISE RURALE Soc. Cons. a r.l. AI SENSI DEL D. LGS. N. 81/2008 e smi.**

**CUP D32E18000180009**

Spett. le

**GAL MOLISE RURALE SCARL**

**c. so Risorgimento, n. 302**

**86170 Isernia (IS)**

**ALLEGATO B**

***Offerta economica***

***Avviso pubblico indagine di mercato esplorativa per l’affidamento diretto dell’incarico di medico competente del GAL Molise Rurale soc. cons. a r.l. ai sensi del d. lgs. n. 81/2008 e smi.***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con studio a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, in relazione alla procedura per l’affidamento diretto dell’incarico di medico competente del GAL Molise Rurale soc. cons. a r.l. ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., formula la seguente offerta economica:

**OFFERTA ECONOMICA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRESTAZIONI** | **PERIODICITÀ** | **IMPORTO LORDO**  **€ (in cifre)** | **IMPORTO LORDO**  **(in lettere)** |
| NOMINA MEDICO COMPETENTE | ANNUALE |  |  |
| VISITE MEDICHE ED ESAMI**[[1]](#footnote-1)**  (specificare) |  |  |  |
| ULTERIORI EVENTUALI PRESTAZIONI**[[2]](#footnote-2)**  (specificare) |  |  |  |
| **IMPORTO COMPLESSIVO su base annua** | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Luogo e data | (timbro e firma) |

1. Se ritenuti necessari e obbligatori dal medico competente in considerazione delle caratteristiche del GAL. Specificare il costo per singolo lavoratore. [↑](#footnote-ref-1)
2. Specificare eventuali ulteriori prestazioni ritenute necessarie e obbligatorie dal medico competente in considerazione delle caratteristiche del GAL. Precisare l’eventuale costo per singolo lavoratore. [↑](#footnote-ref-2)