

**OGGETTO:** Pubblico incanto – procedura aperta per la fornitura di Arredi sanitari per il Servizi Pronto Soccorso, Angiografia e Senologia del P.O. “San Francesco” di Nuoro.

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE LOCALI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_ ovvero dipendente con specifica delega della ditta medesima dichiara di avere preso visione di tutti i luoghi in cui deve essere svolta la fornitura/il servizio/i lavori, mediante sopralluogo:

presso i nuovi locali del Servizio Pronto Soccorso del P.O. “San Francesco” di Nuoro dalle ore ..... alle ore .....

presso i nuovi locali del Servizio Angiografia del P.O. “San Francesco” di Nuoro dalle ore ..... alle ore .....

presso i nuovi locali del Servizio Senologia del P.O. “San Francesco” di Nuoro dalle ore ..... alle ore .....

Nuoro, .....

Per la Ditta \_\_\_\_\_

Per l’Azienda Sanitaria Locale n° 3

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_