

## SCHEMA DICHIARAZIONE AVVENUTO SOPRALLUOGO

Spett.le  
Azienda Ospedaliera  
Istituti Clinici di Perfezionamento  
Via L. Castelvetro n. 22  
20154 Milano

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in  
nome e per conto della Ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_, preso visione delle norme e condizioni indicate e  
contenute nel disciplinare di gara per la **procedura aperta per la fornitura di sistemi diagnostici “in  
service” per l’esecuzione di esami di chimica clinica e immunochimica per i laboratori analisi dell’A.O.  
Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano per un periodo di 60 mesi, CIG. n. 51097689F0**, con la  
presente dichiara:

- di essersi recato presso i Laboratori di analisi aziendali dei **Presidi Ospedalieri Buzzi e Bassini dell’A.O. ICP** e di aver preso visione dei locali, percorsi e strutture interessate alla fornitura;
- di avere preso conoscenza delle condizioni locali e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla determinazione dei prezzi e sull’erogazione della fornitura;
- di essere pienamente edotta delle condizioni, circostanze e modalità e di ogni altro rischio specifico o generico inerente l’espletamento della fornitura e di ogni altro elemento che vi potrebbe influire e di esonerare l’A.O. da qualsiasi responsabilità al riguardo.

Data

\_\_\_\_\_

Per la società \_\_\_\_\_

**Funzionari dell’A.O. ICP:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_