

“ALLEGATO 10”

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 L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI SISTEMI IN
SERVICE PER L’ESECUZIONE DI ESAMI DI MICROBIOLOGIA – CIG N. 4374242AAE, con la
presente dichiara:

- di essersi recato presso i laboratori di analisi dei PP.OO. Buzzi, Sesto San Giovanni e Bassini dell’A.O. ICP e di aver preso visione dei locali e strutture dove dovrà essere eseguita la 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’esecuzione della fornitura;
- di essere pienamente edotta delle condizioni, circostanze e modalità e di ogni altro rischio specifico o generico inerente l’esecuzione 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 DITTA _____

Funzionari dell’A.O ICP:
