**PROCEDURA APERTA PER LA FORNITURA DEL SISTEMA INFORMATIZZATO DEL LABORATORIO DI ANALISI (LIS) E DEI SERVIZI DI ASSISTENZA E MANUTENZIONE FULL RISK DELL’AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE “SAN CARLO” E DELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA**

**Numero Gara SIMOG: 7948432**

**ATTESTATO DI SOPRALLUOGO**

Spett.le REGIONE BASILICATA

Dipartimento Stazione Unica Appaltante

Ufficio Centrale di Committenza e Soggetto Aggregatore

Via Vincenzo Verrastro, 4

85100 – POTENZA

**Procedura aperta per la fornitura del sistema informatizzato del laboratorio di analisi (LIS) e dei servizi di assistenza e manutenzione full risk dell’Azienda Ospedaliera Regionale “San Carlo” e dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera.**

Si attesta che in data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificato mediante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

ha effettuato il sopralluogo obbligatorio presso le strutture sede dei servizi oggetto della procedura di cui trattasi, come previsto dal Capitolo 11 del disciplinare di gara alla presenza del sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, incaricato dall’Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara:

* di aver preso visione di tutte le strutture presso la quale dovranno essere svolti i servizi oggetto di gara nel rispetto delle modalità di espletamento previste dal Disciplinare di gara,
* di aver preso visione delle caratteristiche e dello stato delle apparecchiature oggetto dei servizi,
* di aver valutato tutti gli aspetti organizzativi, gestionali ed economici necessari ad un corretto espletamento del servizio,
* che le conoscenze acquisite sono soddisfacenti per una corretta valutazione e formulazione dell’offerta, sotto il profilo sia tecnico che economico.

L’impresa rinuncia ad ogni e qualsiasi pretesa futura eventualmente attribuibile a carente conoscenza dello stato dei luoghi e delle apparecchiature.

Si allega:

□ documento di identità in corso di validità del Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ delega del legale rappresentante

□ documento di identità in corso di validità del delegante

Data del sopralluogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Per l’Azienda Sanitaria  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Per l’Impresa  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |