GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER LA FORNITURA DI LAMPADE SCIALITICHE PER SALA OPERATORIA E PER USO DIAGNOSTICO E CHIRURGIA MINORE OCCORRENTI ALLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA.

SIMOG n. 7156389

***Allegato 4d***

**ATTESTATO DI AVVENUTO SOPRALLUOGO**

Spett.le REGIONE BASILICATA

Dipartimento Stazione Unica Appaltante

Ufficio Centrale di Committenza e Soggetto Aggregatore

Via Vincenzo Verrastro, 4

85100 – POTENZA

Attestazione di avvenuto sopralluogo, per la partecipazione alla **procedura aperta telematica per la fornitura di lampade scialitiche per sala operatoria e per uso diagnostico e chirurgia minore occorrenti alla Azienda Sanitaria Locale di Matera.**

***SIMOG gara n. 7156389***

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:

* il Presidio Ospedaliero *Madonna delle Grazie*, C.da Cattedra Ambulante – Matera,
* il Presidio Ospedaliero *Giovanni Paolo II*, Viale Salerno – Policoro (MT)

come previsto dal Capitolo 11 del disciplinare di gara alla presenza del sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, incaricato dall’Azienda Sanitaria di Matera

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

* di aver preso visione di tutte le strutture presso la quale dovranno essere svolte le forniture ed i servizi oggetto di gara nel rispetto delle modalità di espletamento previste dal Disciplinare di gara,
* di aver valutato tutti gli aspetti organizzativi, gestionali ed economici necessari ad un corretto espletamento delle forniture e dei servizi,
* 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  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |