

Allegato E

Attestazione di avvenuto sopralluogo

Il sottoscritto _____

in qualità di incaricato dell'AZIENDA _____
di _____

ATTESTA CHE

il giorno ____/____/____ alle ore _____ il Sig. _____

In qualità di:

☐ Legale Rappresentante

☐ soggetto delegato da Legale Rappresentante/Direttore Tecnico (esibisce atto di delega senza consegnarlo; sarà allegato alla documentazione d'offerta)

della Ditta _____

con sede in _____ via _____

ha preso visione dell'area oggetto della fornitura in noleggio di:

- ☐ Sistemi per lavaggio e disinfezione endoscopi, lavelli automatici con pompe di lavaggio automatiche e sistemi di tracciabilità (Lotto 1)
- ☐ Armadi di asciugatura e stoccaggio endoscopi (Lotto 2)
- ☐ Armadi di dimensioni ridotte per asciugatura e stoccaggio endoscopi (Lotto 3)
- ☐ Sistemi di piccole dimensioni per l'asciugatura in tempi ridotti e la conservazione di endoscopi (Lotto 4)

e relativi lavori e di essersi quindi reso edotto delle condizioni di lavoro, nessuna esclusa, nonché di tutte le circostanze che possono aver influito sulla formulazione dell'offerta, anche ai sensi delle vigenti norme antinfortunistiche e ai fini della partecipazione alla gara suindicata.

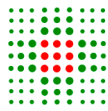
Dichiara inoltre che le indicazioni fornite sono esaurienti, chiare e che non trova nulla da eccepire al riguardo.

Per l'Azienda Appaltante
Firma

Per la Ditta
Firma

N.B. La presente attestazione, in duplice copia, dovrà essere esibita agli incaricati delle Aziende Appaltanti al momento del sopralluogo.

Dopo compilazione e sottoscrizione:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

- una copia sarà trattenuta dal Rappresentante o Delegato della Ditta Partecipante (dapresentare successivamente, unitamente agli altri documenti richiesti per la gara)
- una copia sarà trattenuta dall'incaricato delle Aziende Appaltanti.

Si ricorda che, **a pena di esclusione**, chi effettua il sopralluogo non può rappresentare più di una Ditta Partecipante.