

**AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE DI MEDICO AUTORIZZATO PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEL PERSONALE INAIL ESPOSTO A RADIAZIONI IONIZZANTI PER IL BIENNIO 2019-2020 – INAIL REGIONE TOSCANA.**

**RIBASSO PERCENTUALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ codice fiscale n. \_\_\_\_\_ Partita Iva n. \_\_\_\_\_

PROPONE

per le prestazioni oggetto dell'Avviso,

**il ribasso unico percentuale e incondizionato del \_\_\_\_\_% (in cifre),  
(dicasi \_\_\_\_\_ virgola \_\_\_\_\_ per cento)  
(in lettere),**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Firma

\_\_\_\_\_