

FACSIMILE DI DICHIARAZIONE DI SOPRALLUOGO

Oggetto: procedura aperta per l'individuazione del gestore della Sede Farmaceutica di nuova istituzione nel Comune di Cordignano Frazione di Pinidello (II^ Sede Farmaceutica Comunale) – numero gara 4411047 CIG 4463123D99.

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di _____

con sede in _____

con Codice Fiscale n. _____

con Partita Iva n. _____

Telefono _____ Telefax _____ e-mail _____

(nel caso di raggruppamento devono essere riportati tutti i soggetti facenti parte del raggruppamento)

DICHIARA

di aver esaminato gli atti di gara, di essersi recato sui luoghi di esecuzione del servizio, di aver preso conoscenza delle condizioni locali, della viabilità nonché di tutte le circostanze generali e particolari suscettibili di influire sulla determinazione dei prezzi, sulle condizioni contrattuali e sull'esecuzione del servizio e di aver giudicato realizzabile il servizio stesso.

Data

IN FEDE
(firma)
