**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI MANUTENZIONE, FORNITURA A NOLEGGIO E STERILIZZAZIONE DELLO STRUMENTARIO CHIRURGICO E PER SCOPIE PER INTERVENTI CHIRURGICI E PROCEDURE DIAGNOSTICHE**

**ALLEGATO 8**

**VERBALE SOPRALLUOGO**

**VERBALE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, incaricato dall’Azienda Ospedaliera di presenziare al sopralluogo per la gara comunitaria a procedura aperta per affidamento di forniture e servizi relativi alla gestione integrata dello strumentario chirurgico per attività di sala operatoria e ambulatoriale, dichiara che in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si è presentato il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Rappresentante Legale (o suo delegato/collaboratore dallo stesso autorizzato) della Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che ha preso visione dei luoghi interessati dalla fornitura/servizio/lavoro in questione e che lo stesso ha ricevuto tutte le delucidazioni ed informazioni richieste e/o ritenute opportune.

|  |  |
| --- | --- |
| Per la Ditta | Per l’Azienda Ospedaliere Pugliese Ciaccio |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |