



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero – Universitaria
F O G G I A

Allegato 4

Prot. n°

li,

U.O.:

Rif. a nota n° del

Oggetto: GARA MEDIANTE PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO INTEGRATO DI NOLEGGIO, RICONDIZIONAMENTO E LOGISTICA DEI DISPOSITIVI TESSILI, DEI DISPOSITIVI MEDICI STERILI PER L’ALLESTIMENTO DEL TEATRO OPERATORIO E DEGLI ACCESSORI

Il sottoscritto _____ Dirigente della Direzione Medica di Presidio dell’Azienda Ospedaliero – Universitaria “Ospedali Riuniti” di Foggia

ATTESTA

Che il Sig. _____, in nome e per conto dell’Impresa _____, partecipante alla gara in oggetto in data _____, ha effettuato sopralluogo ed ha preso conoscenza dello stato dei luoghi e dei fatti dei locali presso cui sarà svolto il servizio altresì verificando gli interventi da eseguire finalizzati alla eliminazione e/o alla riduzione al minimo dei rischi interferenti di cui all’apposito DUVRI.

Foggia li,

DMP
Il Dirigente
Dott. _____
(timbro e firma)