



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 5

Prot. n°

li,

U.O.:

Rif. a nota n° del

Oggetto: **Procedura Aperta per l'affidamento quinquennale del SERVIZIO DI RISTORAZIONE.**

Il sottoscritto _____ funzionario dell'Area Gestione Tecnica,

ATTESTA

Che il Sig. _____, in nome e per conto dell'Impresa _____

_____ di _____,

partecipante alla gara per l'affidamento quinquennale del SERVIZIO DI RISTORAZIONE, in data _____

ha effettuato sopralluogo ed ha preso conoscenza dello stato dei luoghi in cui verrà effettuato il servizio e dei fatti e di tutte le condizioni generali e particolari o di altri elementi che possano influire sulla formulazione della propria offerta.

Foggia li,

Area Gestione Tecnica
Il funzionario

(timbro e firma)