



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Servizio Attività Tecniche-Settore Ingegneria Clinica.

CERTIFICAZIONE AVVENUTO SOPRALLUOGO

PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI DELL'AZIENDA AUSL DI PARMA (codice CIG 66917563BE).

Il sottoscritto _____, dipendente dell'Azienda USL di Parma presso il Servizio Attività Tecniche

ATTESTA

che il Sig. _____, nato a _____ (_____) il _____, munito di delega rilasciata dalla Ditta _____, con sede a _____ (_____) in via _____, n. _____, ha effettuato in rappresentanza della Ditta stessa il sopralluogo presso **Ausl di Parma-Principali Sedi operative relativamente al Servizio in oggetto.**

(_____)

Parma, li _____