



CERTIFICAZIONE AVVENUTO SOPRALLUOGO

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI PRODOTTI STERILI DA UTILIZZARE PRESSO L’OSPEDALE DI VAIO A FIDENZA (PR), ATTRAVERSO LA DEFINIZIONE DEL SERVIZIO DI GESTIONE COMPLESSIVA DI STERILIZZAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI E STRUMENTARIO CHIRURGICO, LAPAROSCOPICO ED ENDOSCOPICO, CON ALLESTIMENTO DI APPOSITA CENTRALE DI STERILIZZAZIONE IN LOCALI DELL’AZIENDA USL DI PARMA - CODICE CIG 6856857964.

Il sottoscritto _____, dipendente dell’Azienda USL di Parma

presso il Servizio _____

ATTESTA

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

(_____)

Parma, li _____