Allegato n. 2

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

CERTIFICAZIONE AVVENUTO SOPRALLUOGO 2
Via Suor Maria, 3 – Colorno (PR)

Oggetto: procedura ristretta per la fornitura in service di trattamenti dialitici extracorporei presso i Centri dialisi dell'Azienda Usl di Parma (codice CIG 5805470964).

2 – Sopralluogo presso Centro dialisi di Colorno (PR)

Il _____ **del Servizio Attività Tecniche** dell'Azienda USL di Parma

ATTESTA

che il Sig. _____, munito di delega rilasciata dalla Ditta _____ ha effettuato in rappresentanza della Ditta stessa il sopralluogo presso il Centro Dialisi di Colorno, nei locali in cui dovrà essere installata la strumentazione e nei locali adibiti a magazzino.

Il _____

_____

Parma, lì _____