



CERTIFICAZIONE AVVENUTO SOPRALLUOGO 5

**Via Roma n. 42/1 –Langhirano (PR)
c/o Polo Socio-Sanitario di Langhirano**

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

5 – Sopralluogo presso Centro dialisi di Langhirano (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 Langhirano (PR), nei locali in cui dovrà essere installata la strumentazione e nei locali adibiti a magazzino.

Il _____

Parma, lì _____