

**Al Comune di San Paolo d'Argon
Viale della Rimembranza n. 39
24060 – SAN PAOLO D'ARGON (BG)**

DOMANDA PER PARTECIPARE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI PRELIEVO DEI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO PRESSO IL CENTRO POLIAMBULATORIALE SAN PAOLO.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ in
qualità di legale rappresentante dell'impresa _____
con sede legale in _____ via _____
cap. _____ prov. ____ Tel. _____ PEC _____
C.F. _____ P.I. _____

CHIEDE

di poter partecipare all' AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI PRELIEVO DEI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO PRESSO IL CENTRO POLIAMBULATORIALE SAN PAOLO

Dichiaro di essere accreditato e a contratto con il S.S.R. (Servizio Sanitario Regionale) per i Servizi di Medicina e Laboratorio (SMeL)

Di avere rapporti di collaborazione e/o accordi con le seguenti istituzioni pubbliche:

Proposta progettuale, prestazioni aggiuntive e curriculum professionale:

Data e luogo _____

Il Legale Rappresentante _____