



AZIENDA SPECIALE FARMACIA MULTISERVIZI
AZIENDA SPECIALE FARMACIA MULTISERVIZI
COMUNALE

ATTESTATO DI SOPRALLUOGO

Gara d'appalto per fornitura arredi parafarmacia

Il sottoscritto _____

in qualità di legale rappresentante o _____

della Ditta _____

con sede legale in _____

via _____

tel./fax/ e-mail _____

D I C H I A R A

di aver eseguito in data odierna un sopralluogo presso i locali da adibire a Parafarmacia siti in via Figini a Cormano

- accompagnato dal rappresentante dell'Azienda sig. _____, visionando i locali, le attrezzature, gli arredi depositati
- di essere a perfetta conoscenza di tutti gli aspetti logistici ed organizzativi che possano influire sull'espletamento dei lavori oggetto dell'appalto.

Cormano, _____ Firma _____

.....
Il/la sottoscritto/a _____

rappresentante dell'Azienda Speciale Farmacia Multiservizi comunale di Cormano

A T T E S T A

che in data _____

il Sig. _____

in qualità di legale rappresentante della Ditta _____

ha eseguito un sopralluogo presso i locali siti in via Figini a Cormano dove dovranno essere posati gli arredi oggetto del presente appalto.

Cormano, _____

Firma _____