

AZIENDA _____

Via _____

Città _____

Oggetto: SERVIZIO QUINQUENNALE DI CONSULENZA E BROKERAGGIO ASSICURATIVO IN FAVORE DELLE AZIENDE SANITARIE – REGIONE SICILIA

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, in rappresentanza della Società _____, con sede in _____, via _____,

- ai fini della partecipazione alla gara per l'affidamento del servizio di consulenza e brokeraggio assicurativo da rendere in favore delle Aziende Sanitarie della Regione Sicilia

DICHIARA

che in data _____, alla presenza del Sig/Dr. _____ in qualità di rappresentante dell'Azienda Sanitaria _____ di _____ ha effettuato idoneo sopralluogo presso il Settore Affari Generali e Legali (o Settore _____), (delegato alla gestione delle coperture assicurative aziendali), presso il Settore Patrimoniale e Tecnico (delegato alla gestione degli immobili aziendali nonché dell'inventario dei beni mobili, per una verifica diretta delle vigenti coperture assicurative, dello stato degli immobili e dei mobili gestiti dall'Azienda, e a seguito della quale conferma la conoscenza di tutte le condizioni logistiche (immobili e mobili e relativo stato d'uso) e contrattuali (coperture assicurative) connesse al servizio in argomento.

FIRMA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (O DI SUO DELEGATO) Dr./Dr.ssa _____	FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA SOCIETA' O PERSONA DELEGATA
---	--

Data _____

Il Rappresentante della Società

Il Direttore Amministrativo
