



Prot. 685/2021

ALL. N. 11 al Disciplinare di gara

## **RICHIESTA DI SOPRALLUOGO**

**PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO IN CONCESSIONE DEL SERVIZIO DI ODONTOIATRIA DA EROGARE NELLA STRUTTURA DI MILANO, VIA TRIVULZIO N. 15, PER LA DURATA DI ANNI 4, RINNOVABILI, MEDIANTE UTILIZZO DI PIATTAFORMA TELEMATICA SINTEL  
(Numero gara 8380044 – CIG 9017605B0C)**

**Da inviare a mezzo pec all'indirizzo:** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

In qualità di: ☐ Titolare/Legale Rappresentante ☐ Amministratore/Procuratore/Delegato  
dell'impresa \_\_\_\_\_ con sede legale a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di effettuare sopralluogo presso gli spazi ed i locali ambulatoriali presso i quali il servizio oggetto di concessione dovrà essere svolto, nel/nei giorno/i ed orari sotto specificati (*si vedano indicazioni di cui all'art. 12 del Disciplinare di gara*):

Giorno \_\_\_\_\_, ora \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

di aver preso visione e di accettare integralmente quanto previsto all'art. 12 del Disciplinare di gara con riferimento alle modalità di gestione degli ingressi da parte dell'ASP IMMeS e PAT secondo le misure di sicurezza specificamente previste.

IL RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA (o delegato)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

#### **ASP IMMeS e PAT**

Via Marostica 8, 20146 Milano Tel. 02.4029.1  
E-mail [ufficio.protocollo@pioalbergotrivulzio.it](mailto:ufficio.protocollo@pioalbergotrivulzio.it)  
PEC [ufficio.protocollo@pioalbergotrivulzio.legalmail.it](mailto:ufficio.protocollo@pioalbergotrivulzio.legalmail.it)  
Codice Fiscale/Partita IVA: 04137830966

[www.iltrivulzio.it](http://www.iltrivulzio.it)

