

SCHEMA OFFERTA

**Spett.le ATS LIGURIA
AZIENDA TUTELA DELLA
SALUTE LIGURIA
Piazza della Vittoria,15
16121 - Genova**

Il sottoscritto
nato aC.F.....
residente a.....
in qualità di legale rappresentante della Società
con sede legale in
e sede commerciale in
iscritta presso Camera di Commercio di
data di iscrizione
CCNL
Codice fiscalePartita IVA
Tel.....e-mail
Posta elettronica certificata

“FORNITURA DEL FARMACO VELSIPITY (P.A. ETRASIMOD)”

Dichiara di offrire per la suddetta fornitura le quotazioni riportate nel prospetto allegato alla presente e che tali quotazioni rimarranno invariate per l'intero periodo contrattuale, fatto salvi gli adempimenti previsti per legge, eventuale periodo di proroga tecnica compreso.

Luogo e data

(Firma del legale rappresentante)