

ALLEGATO 7

SCHEMA DICHIARAZIONE AVVENUTO SOPRALLUOGO

**A: Azienda Sanitaria n.6
Via Ungaretti,9
09025 Sanluri**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ in
nome e per conto della Ditta _____ con sede in _____
nella sua qualità di _____, preso visione delle norme e condizioni indicate e
contenute nel disciplinare di gara per **L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI** n. 1 tavolo
telecomandato digitale diretto, comprensivi della garanzia di 24 mesi di tipo Full Risk e del relativo servizio
di assistenza tecnica e manutenzione ordinaria e straordinaria, post garanzia per un periodo di 60 mesi,
nonché delle relative opere edili – **CIG n. 60080775FB**

-

, con la presente dichiara:

- di essersi recato presso il **Presidio Ospedaliero di San Gavino M.le** e di aver preso visione dei locali, percorsi e strutture interessate dalla fornitura;
- di avere preso conoscenza delle condizioni locali e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla determinazione dei prezzi e sull’erogazione della fornitura;
- di essere pienamente edotta delle condizioni, circostanze e modalità e di ogni altro rischio specifico o generico inerente l’espletamento dell’erogazione della fornitura e di ogni altro elemento che vi potrebbe influire e di esonerare l’Azienda. da qualsiasi responsabilità al riguardo.

Data

Per la DITTA _____

Funzionari dell’ASL
