

ALLEGATO B  
[Carta intestata ditta]

Al GAL Valle della Cupa Srl  
Via Surbo, 34  
73019 Trepuzzi – Lecce

**OGGETTO: PSR PUGLIA 2014-2020 – MISURA 19.4 - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE - AVVISO PUBBLICO PER IL SERVIZIO DI MEDICO COMPETENTE E SORVEGLIANZA SANITARIA AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008 - CUP N. B62F17000800009 CIG N. ZA126EC26F**

*Rif.: avviso pubblico Prot. N. 79 del 30 Gennaio 2019*

### PROSPETTO DI OFFERTA ECONOMICA

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....il  
..... CF .....in qualità di Legale Rappresentante/Procuratore della  
ditta .....con sede in  
.....  
Via .....Partita IVA. ....

**in riferimento all'appalto di cui all'oggetto, di importo a base d'asta di € 55,00, Compreso IVA,**

#### OFFRE

- I) per l'esecuzione del servizio, un ribasso pari al .....% (diconsi ..... per cento),
- II) corrispondente ad un prezzo complessivo pari a €. ....(diconsi €.....), comprendente l'intero servizio periodo 2019-2021.

La presente offerta sarà vincolante per l'impresa/professionista per 180 giorni dalla data di scadenza fissata per la ricezione delle offerte.

**In allegato alla presente rimette il cronoprogramma indicativo delle attività con descrizioni dei servizi previsti per la loro esecuzione avendo cura di dettagliare l'esecuzione del servizio per l'anno in corso e dunque per le 7 unità attualmente dipendenti del GAL.**

Luogo e data

Timbro e firma del Legale rappresentante