



**AZIENDA SOCIO SANITARIA "G.MANCINELLI"
MONTELPARO**

OGGETTO: AFFIDAMENTO SERVIZI SOCIO-SANITARI TRIENNIO 2023/2025

ATTESTAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

Si attesta che il signor _____ in nome e per conto
della Ditta _____ con sede in

Ha compiuto il giorno _____ visita di sopralluogo, presso _____
dell'IMPP "G.Mancinelli" e la residenza Protetta "F.Antolini" di MONTELPARO (FM) e di aver
assunto, in occasione della visita, tutte le informazioni di carattere generale e particolare che
possono influire sulla formulazione dell'offerta.

Il Rappresentante della Ditta

per l'Istituto

63853 MONTELPARO (FM) – Via S. Maria Novella – Tel. 0734 / 780108 – 780328 – Fax 0734 / 781288 – e.mail scuola.mancinelli@libero.it - sito internet www.istitutomancinelli.com - C.F.81000690446 – P.I. 00973060445 Servizio Tesoreria: BCCP (Castignano – Montalto Marche) – C.C. 00005018021 – ABI 8474 – CAB 69500 – COD. PIN: D