

Alla REGIONE BASILICATA
Dipartimento Stazione Unica Appaltante SUA-RB
Ufficio Centrale di Committenza e
Soggetto Aggregatore
85100 – POTENZA

LOTTO	descrizione	Ditta offerente, codice ref. ditta	CND	repertorio	CIG	q.tà quinquennale richiesta ospedale san carlo	q.tà quinquennale richiesta irccs crob	q.tà quinquennale richiesta ASM Matera	q.tà quinquennale richiesta ASP Potenza	unità di misura	q.tà totale richiesta	prezzo unitario	IMPORTO COMPLESSIVO OFFERTO PER LOTTO
	la descrizione deve contenere: tipologia di articolo, nome commerciale se presente; DIMENSIONE, CODICE REF DITTA, CF PZ, IMBALLO PZ												
	ESEMPIO												
X	CLOREXIDINA 2% COD.3061611 SPRAY DA 100 ML, CF 80 FLACONI	3061611	D010201	152365	AZ36598710	6000	500	6.000	1000	flac	13.500	2,00 €	27.000,00 €

Luogo e data della sottoscrizione

IL DICHIARANTE
(firmata digitalmente)

(Qualora firmata dal procuratore, allegare relativa procura firmata digitalmente).