

Spett.le
ASST Papa Giovanni XXIII
Piazza OMS n. 1
24127 BERGAMO

Oggetto: Proposta di proroga fornitura apparecchiatura in prova/visione per valutazione funzionale.

Io sottoscritto _____

nella qualità di _____

comunico la disponibilità della _____

da me rappresentata, a prorogare la prova/visione fino alla data del _____

dell'apparecchiatura presso l'UOC/UOSD _____

di cui alla Vs. autorizzazione del _____ prot. n. _____

confermando tutti gli impegni assunti con la su richiamata proposta.

La comunicazione di accettazione della presente potrà essere trasmessa ai seguenti recapiti:

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Indico quale referente della società per la presente proposta di proroga di prova visione il dr./sig. _____

(recapito tel. _____)

_____, _____
(Luogo) (data)

(timbro e firma del legale rappresentante)

Allegato obbligatorio:

- polizza assicurativa in vigore

NB: la richiesta deve essere trasmessa almeno 7 giorni prima della scadenza della prova visione in corso