

## CERTIFICATO VERIFICA DI CONFORMITA'

PROCEDURA APERTA N. ....

-  
**SERVIZIO RIABILITATIVO ED INFERMIERISTICO E SERVIZIO ACCESSORIO DI  
ASSISTENZA OSPEDALIERA PRESSO PRESIDIO A GESTIONE COMUNALE  
PER PERSONE CON DISABILITA'**

OGGETTO CONTRATTO:	
IMPORTO CONTRATTO:	
DETERMINA AGGIUDICAZIONE:	
DITTA ESECUTRICE:	
DIRETTORE ESECUZIONE:	
REFERENTE VERIFICA CONFORMITA':	
PERIODO DI RIFERIMENTO (MESE)	
N. ORE SERVIZIO RIABILITATIVO ED INFERMIERISTICO	
N. ORE SERVIZIO ACCESSORIO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA	

VISTO CONFORMITA'

 SI NO

FIRMA DIRETTORE ESECUZIONE CONTRATTO:

FIRMA DITTA ESECUTRICE PER ACCETTAZIONE: