

**All'INM NEUROMED Spa**  
Via Atinense, 18  
**86077 POZZILLI (IS)**  
*neuromed@pec.it*

**Oggetto: Preventivo offerto per il servizio di “Expertise radiologica per l’identificazione e validazione degli eventi tumorali nell’ambito del progetto di ricerca GOod Nutrition for Healthy lifE – (GONHE)**  
**CUP B29J22002950005**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente nel  
Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della Ditta \_\_\_\_\_ avente sede legale a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ - PEC:  
\_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_ Partita IVA n. \_\_\_\_\_

**per l’esecuzione del servizio in oggetto presenta il seguente preventivo:**

- *ribasso percentuale* nella misura del \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ virgola \_\_\_\_\_ per cento), da applicare all’importo di euro **65.000,00** (IVA esclusa), per un importo netto contrattuale di € \_\_\_\_\_ (diconsi euro \_\_\_\_\_).

Si specifica che:

- il presente preventivo sarà vincolante per la Ditta rappresentata dal/dalla sottoscritto/a per n. 60 (*sessanta*) giorni, naturali e consecutivi, decorrenti dalla data di sottoscrizione dello stesso.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma**

*NB: La presente offerta deve essere sottoscritta con firma digitale grafica dal legale rappresentante o da persona autorizzata ad impegnare la ditta, mediante delega o procura o mandato d’agenzia (da allegare contestualmente in copia, corredata da fotocopia semplice di documento di identità del delegante).*