

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 dell'apparecchiatura presso l'UOC/UOSD \_\_\_\_\_  
di cui alla proposta formulata con nota in data \_\_\_\_\_ prot. n \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_

**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