



OSPEDALE CIVILE ORA CASA di RIPOSO I.P.A.B.

Allegato D al Regolamento

Attestazione di regolare esecuzione della fornitura/servizio/lavoro

Fornitore e codice Smart CIG
Oggetto del servizio/fornitura/lavoro
Data di svolgimento servizio/fornitura/lavoro _____
Committente _____
Importo del servizio/fornitura/lavoro _____
Il servizio/la fornitura/il lavoro risulta regolare
Responsabile Unico del procedimento Marisa Martina _____ NOME E COGNOME