

**Regione Sicilia**  
**Azienda di Rilievo Nazionale di Alta Specializzazione**  
**Civico-Di Cristina-Benfratelli**  
**Palermo**

**SCHEDA COMPARAZIONE PREZZI**

Il sottoscritto	_____
Legale rappresentante della ditta	_____

**DICHIARA**

Sotto al propria responsabilità, che I prezzi al netto di I.V.A: offerti per gli stessi prodotti, praticati negli ultimi ventiquattro mesi dalla ditta presso altre strutture sanitarie pubbliche e/o private sono i seguenti:

<b>Struttura</b> _____ <b>di</b> _____	_____		
		<b>Codice</b> _____	<b>a Euro</b> _____

<b>Struttura</b> _____ <b>di</b> _____	_____		
		<b>Codice</b> _____	<b>a Euro</b> _____

<b>Struttura</b> _____ <b>di</b> _____	_____		

<b>Struttura</b> _____ <b>di</b> _____	_____		
		<b>Codice</b> _____	<b>a Euro</b> _____

Il Legale rappresentante: \_\_\_\_\_