



AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO
NAZIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

DENOMINAZIONE IMPRESA: _____

INDIRIZZO: _____

LOCALITA': _____

P.IVA/CODICE FISCALE: _____

SEDE LEGALE: _____

SEDE OPERATIVA: _____

FAX – E MAIL: _____

C.C.N.L.: _____

DIMENSIONE AZIENDALE (numero totale dipendenti): _____

N° OPERATORI IMPEGNATI NELLA SINGOLA FORNITURA _____ DI CUI DIPENDENTI _____

INCIDENZA MANODOPERA _____%

POSIZIONE I.N.P.S. N° ISCR. _____ SEDE INPS: _____

POSIZIONE I.N.A.I.L. N° ISCR. _____ SEDE INAIL: _____