

Il sottoscritto _____ nato il __/__/__ a _____ prov. ____ e residente a _____ Via _____ N. _____,

OFFRE

IL SEGUENTE COSTO COMPLESSIVO PER L’INCARICO DI RSPP

In cifre (comprensivo di ogni onore) € _____, _____	In lettere _____ Euro
---	--

FIRMA
