

**OGGETTO: SERVIZIO INCARICO MEDICO COMPETENTE PRESSO AORN SAN PIO**

Il/La sottoscritta COPPOLA ROSAMARIA, C.F.CPPRMR85E64I838Q

nata a SORA il 24/05/1985, residente a PICINISCO in via S.GENNARO n° 10, tel.3493627765, PEC rosamariadoc@pec.it

**FORMULA**

**per l'affidamento del servizio in oggetto il prezzo al pubblico praticato è di 5.000€/mese, per voi scontato del 20% pari ad un totale complessivo di 4.000€/mese, (quattromila/00 euro/mese) IVA esclusa, da bonificare entro 60gg dalla data di fattura. La presente ha validità di un anno dalla presentazione.**

**Napoli, lì 29.01.2025**

*Rosamaria Coppola*

---

**(allegare copia documento di identità)**