

Spett.le

ATO Ufficio d'Ambito

VIA DAVERIO, 10

21100 VARESE

Varese, 28 marzo 2017

Protocollo n. 50 / 2017

Oggetto: Offerta servizio di Sorveglianza Sanitaria

Spett.le Ufficio d'Ambito,

come da accordi, alla presente si allega il preventivo per la Sorveglianza Sanitaria dei Lavoratori della Vostra Azienda.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Centro Polispecialistico Beccaria Srl



Accertamenti per impiegati tecnici uso automezzo pat B

	Costo in €
Accertamenti preventivi e periodici / annuali	
EMOCROMO COMPLETO	4,00
GLICEMIA	1,30
CREATININEMIA	1,30
GOT	1,30
GPT	1,30
GAMMA GT	1,30
ESAME URINE	1,30
PRELIEVO VENOSO	0,50
VISIOTEST	21,00
VISITA MEDICA	17,00
TOTALE	50,30

Accertamenti per addetti ufficio con uso VDT > 20 ore alla settimana

	Costo in €
Accertamenti preventivi e periodici / biennali o quinquennali	
VISIOTEST	21,00
VISITA MEDICA	17,00
TOTALE	38,00

VISITA SPECIALISTICA OCULISTICA (A Richiesta)	30,00
--	--------------



Adempimenti obbligatori del Medico Competente:

Descrizione	Costo
REDAZIONE PIANO SANITARIO (Spesa da addebitarsi solo per il primo anno)	€ 150,00

SOPRALLUOGO NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (annuale) <i>Art. 25 c.1 lettera l) D.Lgs.81/08</i>	€ 73,00
RELAZIONE SANITARIA con invio telematico dati all'Inail (annuale) E PARTECIPAZIONE DEL MEDICO ALLA RIUNIONE PERIODICA (annuale) <i>Art. 35 D.Lgs.81/08</i> <i>Art. 40 c. 1 D.Lgs. 81/08</i>	€ 200,00

Eventuali prestazioni extra su richiesta:

Descrizione	Costo
USCITA DEL MEDICO per l'esecuzione delle visite presso la Vs. Azienda *	€ 70,00

CONDIZIONI GENERALI:

Validità offerta: Anno 2017

Fatturazione: Mensile

Disponibilità: Immediata

La periodicità degli accertamenti sarà stabilita dal Medico Competente nel Piano di Sorveglianza Sanitaria sulla base dell'effettiva esposizione ai rischi ed alle condizioni personali dei singoli lavoratori.

Sempre a discrezione del Medico Competente, potrebbe esserci l'aggiunta o l'eliminazione di alcuni esami, a seguito della presa visione della valutazione dei rischi con l'indicazione dell'effettiva esposizione.

Vi preghiamo di restituire al Centro Polispecialistico Beccaria Srl la allegata conferma d'ordine controfirmata per accettazione via fax al n. 0332.234333 o posta elettronica all'indirizzo mdl@centrobeccaria.com

All. – 1 : Conferma d'ordine da restituire firmata per accettazione

Numeri utili:

Segreteria Medicina del Lavoro – Silvia int. 310 e Ilaria int. 309 tel. 0332.234395 / fax. 0332.234333

E mail : mdl@centrobeccaria.com

Responsabile Ufficio Commerciale– Katuscia Faustini tel. 0332.234395 int 311 349/8498320

E mail : commerciale@centrobeccaria.com

Allegato 1

Spett.le

Centro Polispecialistico Beccaria Srl

Dipartimento Medicina del Lavoro

Via Corridoni snc

21100 Varese

Data.

Oggetto: Accettazione della Vostra offerta Prot. n. 50/2017 per prestazioni sanitarie di Medicina del Lavoro.

Con riferimento a quanto in oggetto, Vi confermiamo l'accettazione della Vostra offerta e delle clausole in essa contenute.

Per accettazione

Timbro e firma Azienda

.....