

<b>COD.AZIENDA</b>	<b>301</b>
--------------------	------------

**Denominazione Azienda** *Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo*

**INCARICHI DI CONSULENZA con Società PRESENTI IN AZIENDA - ANNO 2010**

<b>DENOMINAZIONE SOCIETA' /STUDIO PROF.LE</b>	<b>AMBITO DI UTILIZZO /MATERIA SPECIFICA</b>	<b>TIPOLOGIA DI CONTRATTO</b>	<b>AREA / SETTORE DI ASSEGNAZIONE</b>	<b>DATA INIZIO CONTRATTO</b>	<b>SCADENZA CONTRATTO</b>	<b>TOTALE COMPENSO ANNUO (in unità di Euro)</b>
Istituto Italiano Marchio di Qualità	verifica requisiti certificazione di qualità	triennale	uffici di staff	01/01/2009	31/12/2011	8.645,48 IVA esclusa