MODULO PER LA VALUTAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA

Marca da bollo Euro 14,62
(1 ogni 4 pagine)

Spett.le

Comune di CASTEL SAN NICCOLO'
PIAZZA PIAVE, 39 Via de'
52018 CASTEL SAN NICCOLO' (AR)

Oggetto: Domanda di partecipazione e dichiarazioni per partecipare alla procedura aperta per affidamento triennale di servizi socio- sanitari, assistenziali e generali della RSA-RA "CASA ALBERGO PER ANZIANI)"

Numero di gara : 3397726 CIG: 3383906790

Il _____ sottoscritto:
nato a _____ il
residente a _____ (_____) Via _____ n.
in _____ qualità _____ di _____ legale _____ rappresentante _____ della _____ ditta
con sede legale in: _____ (_____) Via _____ n.
codice fiscale _____ partita IVA _____
e-mail _____ Telefono _____ Fax _____

SI OBBLIGA

Ad assumere in appalto la gestione dei servizi illustrati nel bando di gara e nel capitolato d'oneri per la durata di tre anni e, a tale fine, presenta la seguente offerta economica.

Prezzo annuo netto offerto per il servizio (valutato per l'attribuzione del punteggio di economicità), da rendere con le caratteristiche organizzative e gestionali indicate nel progetto presentato.

IMPORTO ANNUO € 401.262,976 (quattrocentounomiladuecentosessantadue//976)

sul quale operare il ribasso percentuale

= offerta di netti € _____
(in cifre)

Euro _____
(in lettere)

+ IVA al _____%

Percentuale di ribasso riferito all'importo annuo a base d'asta

_____ in cifre

_____ in lettere

Scomposizione dell'offerta economica complessiva:

In particolare si indicano inoltre le tariffe orarie (in cifre ed in lettere), onnicomprensive di tutti gli oneri a carico dell'impresa, per le seguenti figure professionali.

Le tariffe indicate saranno utilizzate per la verifica della congruità dell'offerta nonché per eventuali prestazioni aggiuntive che l'Amministrazione Comunale potrebbe richiedere successivamente.

Si dichiara la disponibilità, a tali condizioni, all'eventuale ulteriore integrazione di personale, su richiesta, nel corso della durata del contratto :

COSTO ORARIO

	Cifre	Lettere
Infermiere professionale	€ _____	_____
Terapista della Riabilitazione	€ _____	_____
Animatore / Educatore prof.	€ _____	_____
Operatore Socio-Assist.	€ _____	_____
Addetto al guardaroba	€ _____	_____
Addetto alle pulizie	€ _____	_____
Attività di supporto cucina	€ _____	_____

+ IVA al _____%

Data _____

Timbro e firma per esteso di legale rappresentante²

AL MODULO DEVE ESSERE ALLEGATA UNA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA' PERSONALE DEL SOTTOSCRITTORE

² In caso di A.T.I. (non costituita), la presente offerta congiunta dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante di tutte le impresa che costituiscono il concorrente adattando i dati dell'intestazione

***Avvenenza:** Nel caso di partecipazione in forma associata (consorzio o RTI), la presente dichiarazione deve essere resa singolarmente da ciascun partecipante al consorzio o al RTI.*