**SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA**

**POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI DELLA ASL PESCARA**

Il sottoscritto ....................................................................................... legittimato ad impegnare la Compagnia di assicurazioni denominata .......................... Numero di telefono ……………………. Indirizzo e-mail …………………………………………… Posta Elettronica Certificata ……………………………………………………..

**CON RIFERIMENTO ALL’OFFERTA TECNICA FORMALIZZATA**

**PRESO ATTO CHE IL PREMIO ANNUO LORDO A BASE D’ASTA È PARI A € 170.000,00**

**offre quanto segue:**

|  |  |
| --- | --- |
| Effetto: | ore 24:00 del 31 dicembre 2024 |
| Scadenza: | ore 24:00 del 31 dicembre 2027 |

**un premio lordo annuo pari a (in cifre ed in lettere):**

**(sommatoria del premio lordo per le Partite 1-2-3-4-5-6-7-8-9) così composto:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTITA** | **PARAMETRO VARIABILE** | **QUANTITÀ PREVENTIVATA** | **PREMIO LORDO PRO CAPITE O TASSO LORDO PRO MILLE APPLICATO** | **PREMIO ANNUO LORDO PER PARTITA** |
| 1. CONDUCENTI VEICOLI DELL’ENTE | N° VEICOLI | 50 |  |  |
| 1. PERSONALE IN MISSIONE CON MEZZO PROPRIO | N° KM PERCORSI | 100.000 |  |  |
| 1. MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI, PSICOLOGI, BIOLOGI E CHIMICI | NUMERO ASSICURATI | 80 |  |  |
| 1. MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA E GUARDIA MEDICA TURISTICA) | NUMERO ASSICURATI | 70 |  |  |
| 1. MEDICI ADDETTI ALL’EMERGENZA TERRITORIALE – 118 | NUMERO ASSICURATI | 15 |  |  |
| 1. MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI | NUMERO ASSICURATI | 5 |  |  |
| 1. OPERATORI SOCIO SANITARI E PERSONALE MEDICO/SANITARIO IN FORMAZIONE, TIROCINIO E O VOLONTARIO | NUMERO OPERATORI | 150 |  |  |
| 1. UTENTI CHE PARTECIPANO A PROGETTI SOCIO RIABILITATIVI | NUMERO UTENTI | 70 |  |  |
| 1. DONATORI DI SANGUE | NUMERO DONAZIONI | 20.000 |  |  |

DICHIARA CHE:

gli **ONERI della SICUREZZA AZIENDALI** (Costi interni per la sicurezza del lavoro sopportati da ciascuna impresa per la realizzazione dello specifico appalto. In caso di Raggruppamento indicare la sommatoria dei costi di ciascun concorrente) relativi al presente appalto sono pari a €………........................

**I COSTI DELLA MANODOPERA** (art.41 C. 14 D. Lgs.36/2023 e s.m.i.) relativi al presente appalto sono pari a: €…………………………………….

DICHIARA, INOLTRE, CHE:

* la quota percentuale del rischio che intende assumersi in qualità di delegataria è pari al .…….... %
* è stata concordata, ai sensi dell’art.1911 del cod. civ., la chiusura del riparto, sino a copertura del 100 % del rischio, con le seguenti Compagnie di assicurazione:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compagnia Coassicuratrice** | **Agenzia di …………………… N. Telefono …………. PEC ………………………….** | **quota % di partecipazione** |
|  |  |  |
|  |  |  |

FIRMA PER CONFERMA ED ACCETTAZIONE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_