**SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA LOTTO 6**

**POLIZZA RC PATRIMONIALE 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 PER IL LOTTO 6**

**PRESO ATTO CHE IL PREMIO ANNUO LORDO A BASE D’ASTA È PARI A € 35.000,00**

**offre quanto segue:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **RETRIBUZIONI ANNUE STIMATE** | **TASSO ANNUO LORDO PRO MILLE APPLICATO SUL MONTE RETRIBUZIONI** |
| **€ 140.000.000,00** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%0 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TASSI APPLICATI SU SINGOLE POLIZZE PER TIPOLOGIA E DURATA** | **TASSO LORDO APPLICATO SUL VALORE DELL’OPERA** | | | |
| **TIPOLOGIA** | **DURATA LAVORI**  **12 MESI** | **DURATA LAVORI**  **24 MESI** | **DURATA LAVORI**  **36 MESI** | **DURATA LAVORI**  **48 MESI** |
| **Copertura del dipendente incaricato della progettazione** (ai sensi dello Schema Ministeriale) | \_\_\_\_\_ pro mille | \_\_\_\_\_ pro mille | \_\_\_\_\_ pro mille | \_\_\_\_\_ pro mille |
| Premio minimo lordo per singolo Certificato: | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_,00 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,ZERO ZERO) | | | |
| **Copertura del dipendente incaricato della verifica** | \_\_\_\_\_ pro mille | \_\_\_\_\_ pro mille | \_\_\_\_\_ pro mille | \_\_\_\_\_ pro mille |
| Premio minimo lordo per singolo Certificato: | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_,00 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,ZERO ZERO) | | | |

DICHIARA INOLTRE 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** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**TIMBRO E FIRMA DELEGATARIA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**