|  |  |
| --- | --- |
| **www.ausl.pe.it** | **AZIENDA SANITARIA DI PESCARA**  Via Renato Paolini n° 47 -65124 PESCARA  C.F./P.IVA 01397530682 |

**MODULO OFFERTA ECONOMICA ALLEGATO B**

##### Procedura negoziata ex art. 36, comma 2 lett.b) del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., per l’affidamento del Servizio di manutenzione delle apparecchiature frigorifere in uso presso i Presidi Ospedalieri aziendali nonché del sistema di monitoraggio delle temperature delle apparecchiature in dotazione alle Farmacie Ospedaliere, al Servizio Trasfusionale nonché al Servizio Vaccinazioni della Asl di Pescara”.

##### CIG 7960999832

Il/I sottoscritto/i

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

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

*(Stesso/i soggetto/i che ha/hanno reso le dichiarazioni di cui al Modulo “Domanda e Dichiarazioni ex DPR445/2000”. A pena di esclusione la presente offerta deve essere sottoscritta da tutti gli operatori economici che costituiranno in caso di aggiudicazione il soggetto plurimo, RTI, Consorzio, Geie, altre formazioni ex art. 3 comma 19 D. Lgs. 163/2006).*

In qualità di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Specificare la qualifica. Nel caso di procuratore e/o institore è necessario a pena di esclusione che sia allegato, o che sia stato già allegato in busta A, il relativo documento legittimante, pena la esclusione)*

del/degli operatore/i economico/i

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

*(Specificare ragione sociale, sede, p.i. e c.f.)*

D i c h i a r a / Dichiarano, ai se**nsi del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,**

**di offrire il/i RIBASSO/I PERCENTUALE/I al netto di IVA:** *(indicare sia in cifre che in lettere)*,

**Ribasso**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestazione “”A**” | **Importo a base d’asta** | **Importo offerto in cifre** | **Importo offerto in lettere** | **% offerta su base d’asta** |
| Servizio di manutenzione full risk di tutte le apparecchiature frigorifere in uso c/o l’Asl di Pescara e dei relativi accessori | € 105.000,00 |  |  |  |

**Ribasso**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestazione “”B”** | **Importo a base d’asta** | **Importo offerto in cifre** | **Importo offerto in lettere** | **% offerta su base d’asta** |
| Servizio di gestione del monitoraggio delle apparecchiature in capo alle Farmacie ospedaliere, del Servizio Trasfusionale e del Servizio Vaccinazioni dei PP.OO. di Pescara, Penne e Popoli | € 75.000,00 |  |  |  |

**TOTALE IMPORTO offerto (Prestazione A+ Prestazione B) IVA esclusa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

D i c h i a r a / Dichiarano inoltre che:

- I **costi della sicurezza c.d. 'propri'** (diversi da quelli individuati dalla Stazione Appaltante nel D.U.V.R.I. non soggetti a ribasso) e che l'Impresa e sostiene per garantire le prestazioni contrattuali appaltate (ex art. 95 comma 10 D Lgs. n.50/2016) sono pari a **Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in lettere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**-I costi della manodopera,** ex art. 95 comma 10 D Lgs. n.50/2016, ammontano ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **in lettere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma / Firme

(*Timbro e firma del/i dichiarante/i)*