



REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
Via Torraca, 2 – 85100 POTENZA
Cod. Fisc./P.IVA: 01722360763

Ambito Territoriale ex-ASL3 di Lagonegro
U.O. Provveditorato/Economato
Via Piano dei Lippi, 1 – 85042 LAGONEGRO (PZ)
tel. 0973/48511 – 0973/48527
fax 0973/21730 – 0973/48562

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA,
PER 3 (TRE) ANNI, DEL SERVIZIO DI N°1 UNITA’ MOBILE DI RISONANZA MAGNETICA
NUCLEARE, PER I PP.OO. DELL’AMBITO TERRITORIALE EX-ASL3 DI LAGONEGRO (PZ).**

SCHEMA DI SCHEDA OFFERTA

(Allegato 3)



REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
Via Torraca, 2 – 85100 POTENZA
Cod. Fisc./P.IVA: 01722360763

Ambito Territoriale ex-ASL3 di Lagonegro
U.O. Provveditorato/Economato
Via Piano dei Lippi, 1 – 85042 LAGONEGRO (PZ)
tel. 0973/48511 – 0973/48527
fax 0973/21730 – 0973/48562

SCHEDA OFFERTA
(da inserire nella BUSTA "C" – Offerta economica)

DITTA OFFERENTE: _____

DOMICILIO LEGALE: _____

P.IVA _____

Nr. RIF. OFFERTA _____

- canone giornaliero: €. _____ +IVA - (€ _____ +IVA)

- costo giornaliero medico radiologo specialista in RM: €. _____ +IVA - (€ _____ +IVA)

- costo giornaliero tecnico radiologo specialista in RM: €. _____ +IVA - (€ _____ +IVA)

- per un costo complessivo ad accesso pari a €. _____ +IVA - (€ _____ +IVA)

IMPORTO COMPLESSIVO TRIENNALE OFFERTO: €. _____ +IVA - (euro _____ +IVA)
(per n°4 accessi mensili)

in cifre ed in lettere, comprensivo di ogni spesa per l'effettuazione di tutta la fornitura così come specificato nell'allegato 1 - CARATTERISTICHE TECNICHE DEL SERVIZIO E MODALITA' DI ESUCUZIONE, nell'allegato 8 - CAPITOLATO SPECIALE DI GARA, nonché, nel Disciplinare di gara, oneri fiscali esclusi.

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese, o di Consorzi, l'offerta dovrà essere sottoscritta congiuntamente da tutti i soggetti componenti il raggruppamento, oppure dal Consorzio e dalle imprese associate preaffidatarie, specificando le parti di fornitura che saranno eseguite dalle singole imprese (art. 37, comma 4, D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163);

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
in qualità di _____
dell'impresa _____
con sede in _____
con codice fiscale / Partita I.V.A. n. _____
recapito telefonico _____, numero fax _____

DICHIARA

- di aver giudicato, nell'effettuare l'offerta, il prezzo equo e remunerativo anche in considerazione degli elementi che influiscono sia sul costo dei materiali delle forniture, nonché di tutti gli oneri a carico della DA previsti dal presente Disciplinare ed allegati.
- di aver tenuto conto, nella preparazione dell'offerta, degli obblighi relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, di condizioni di lavoro e di previdenza ed assistenza in vigore nei luoghi dove dovrà essere eseguito il servizio.

Data _____

Timbro della Ditta e Firma del Titolare o Legale Rappresentante
(in caso di raggruppamento d'impresa l'offerta deve essere sottoscritta
dai Rappresentanti Legali di tutte le Ditte temporaneamente associate)

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOTTOSCRITTORE (A PENA DI ESCLUSIONE)