

Allegato 3 al Disciplinare di gara
DICHIRAZIONE DI OFFERTA ECONOMICA

Spett.Le **Azienda Ospedaliera**
Sam Camillo Forlanini
Circonvallazione Gianicolense, 87
00152 Roma

“Procedura aperta telematica ai sensi dell’art. 71 del D.Lgs. 36/2023, per l’affidamento dell’appalto per i Servizi Integrati di gestione e manutenzione delle Apparecchiature Biomediche di Alta Tecnologia Produttore Philips Medical Systems dell’Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini”

Il/ sottoscritto/a

Nato/a a _____ (___), il _____

Residente a _____ (___), via _____, n. _____

In nome del concorrente _____

Con sede legale in _____ (___),

Via _____, n. _____, CAP _____, Tel. _____,

Fax _____, e-mail _____, Codice Fiscale _____,

Partita IVA _____

Nella qualità di:

(barrare la casella che interessa)

- Titolare o Legale rappresentante
- Procuratore speciale / generale

Soggetto che partecipa alla gara in oggetto nella sua qualità di:

(barrare la casella che interessa)

- Impresa individuale;
- Società, specificare tipo _____;
- Consorzio fra società cooperativa di produzione e lavoro;
- Consorzio tra imprese artigiane;
- Consorzio stabile;
- Mandataria di un raggruppamento temporaneo

Sede Legale: Circonvallazione Gianicolense, 87– 00152 Roma / C.F. e P.I. 04733051009

Tel. 06/58703403 – 06 58703816 – fax: 06 58706856

- Costituito;
- Non costituito;
- Mandataria di un consorzio ordinario
 - Costituito;
 - Non costituito;
- GEIE;

DICHIARA

- Di avere preso visione di tutte le norme e disposizioni contenute nel Disciplinare di gara e allegati ivi richiamati e di accettare senza condizione o riserva alcune e che l'offerta avrà validità di 240 giorni dalla data di scadenza di presentazione dell'offerta;
- Che il valore offerto è comprensivo di qualsiasi tipo di onere e spesa occorrente per eseguire il servizio in maniera ottimale e alle condizioni stabilite nel Capitolato Tecnico e nel Disciplinare di gara;

OFFRE

| | | |
|---|---|--------------------|
| A | Canone complessivo omnicomprensivo mese offerto IVA esclusa | € ----- Cifre |
| | | € ----- Lettere |
| | Canone complessivo omnicomprensivo offerto per 24 mesi offerto IVA esclusa | € ----- Cifre |
| | | € ----- Lettere |
| B | Punteggio ribasso canone complessivo | € ----- Cifre |
| | | € ----- Lettere |
| C | Punteggio ribasso percentuale assegnata Gruppo 1 di cui all'art. 13 del capitolato | € ----- Cifre |
| | | € ----- Lettere |

Dichiara, altresì, che:

Ai sensi dell'art. 108 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.

- ✓ I propri costi della manodopera incidenti sull'appalto sono pari a € _____;
- ✓ I propri costi aziendali relativi alla salute e alla sicurezza sui luoghi di lavoro al netto dell'IVA sono pari a € _____;

Data

Timbro e firma Legale Rappresentante
