

**SCHEMA DI OFFERTA
(da ritornare compilata e firmata)**

OGGETTO: Procedura negoziata per il servizio di manutenzione ordinaria e preventiva delle camere bianche e delle cappe biologiche presenti all'interno dei laboratori classificati c/o le UU.OO. di Farmacia, Ematologia I , Ematologia II e SIMT (Banca Occhi) del P.O. "V. Cervello".

Io sottoscritto
nato a il in
qualità di titolare o legale rappresentante dell'Impresa
.....Partita I.V.A.....
..... codice fiscale (sia
la partita I.V.A. che il codice fiscale si riferiscono all'Impresa partecipante) con sede
amministrativa in Via/C.so/P.za.....
.....telefono.....
fax.....con sede legale in.....
..... Via/C.so/P.za
.....telefono.....fax.....
.....e-mail

DICHIARA

di essere disposto di offrire il prezzo (in cifre e in lettere) indicati nelle tabelle allegate alla presente offerta.

Inoltre dichiara:

- che la presente offerta economica è giudicata remunerativa ed irrevocabile ed impegnativa fino al 180° giorno successivo al termine ultimo per la presentazione delle offerte;
- che la presente offerta economica è omnicomprensiva ed è stata formulata tenendo conto delle modalità di svolgimento del servizio indicate nella presente lettera di invito;
- che la presente offerta economica è stata formulata tenendo conto delle disposizioni contenute nel C.C.N.L. di categoria e degli obblighi connessi alle disposizioni vigenti in materia di sicurezza e protezione lavoratori.

li

Firma leggibile
del rappresentante legale dell'Impresa
e timbro dell'Impresa (1)

Procedura negoziata per il servizio di manutenzione ordinaria e preventiva delle camere bianche e delle cappe biologiche presenti all'interno dei laboratori classificati c/o le UU.OO. di Farmacia, Ematologia I , Ematologia II e Banca Occhi del P.O. "V. Cervello".

Allegato " C 1 " Prospetto per la formulazione dell'offerta economica.

DESCRIZIONE	Importo servizio I.V.A ESCLUSA	I.V.A. percentuale da applicare
servizio di manutenzione ordinaria e preventiva delle camere bianche e delle cappe biologiche presenti all'interno dei laboratori classificati c/o le UU.OO. di Farmacia, Ematologia I , Ematologia II e SIMT (Banca Occhi) del P.O. "V. Cervello".		

TOTALE COMPLESSIVO = Iva ESCLUSA	€ _____ DICONSI € _____
---	-----------------------------------

DATA.....

FIRMA LEGGIBILE
DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA DITTA
E TIMBRO DELLA DITTA

