

**Regione Siciliana**

**Azienda Ospedaliera**

**OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA – CERVELLO**

Legge Regionale n.5 del 14/04/2009

Sede Legale Viale Strasburgo n.233 – 90146 Palermo

P.I. 05841780827 -

ALLEGATO «H»

SCHEMA DI OFFERTA

 (da ritornare compilata e firmata)

|  |
| --- |
| **Contrassegno telematico** **da Euro 16,00 (1)** |

PROCEDURA APERTA DA ESPERIRE AI SENSI DEL D. LGS. N. 163/2006 E S.M.I. PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA, TRIENNALE DI SACCHE PER NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE PER LE UU.OO.CC. DELL’AZIENDA OSPEDALIERA “OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA CERVELLO”.

Numero gara 5994446

DISCIPLINARE DI GARA

Criteri di aggiudicazione: Offerta al prezzo più basso

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 ……………………………………………………………

**IN CASO DI RAGGRUPPAMENTI TEMPORANEI DI IMPRESE.**

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 mandataria e capofila) con sede amministrativa in ……………………………………………………Via/C.so/P.za………………………………………………………………….

………………………………………………………telefono................................................. fax...........................................................…….con sede legale in………………………….... ………………………….................Via/C.so/P.za …………………………………………



**Regione Siciliana**

**Azienda Ospedaliera**

**OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA – CERVELLO**

Legge Regionale n.5 del 14/04/2009

Sede Legale Viale Strasburgo n.233 – 90146 Palermo

P.I. 05841780827 -

………telefono............................................................fax.…………................................................e-mail …………………………………………………………

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 mandante) con sede amministrativa in ………………………………………………………Via/C.so/P.za……... ………………………………………………………telefono.................................................fax...........................................................…….con sede legale in…………………………....………………………….................Via/C.so/P.za………………………………………………telefono............................................................fax.…………................................................e-mail …………………………………………………………

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 mandante) con sede amministrativa in ………………………………………………………Via/C.so/P.za……...………………………………………………………telefono.................................................fax...........................................................…….con sede legale in………………………….... ………………………….................Via/C.so/P.za …………………………………………

………telefono............................................................fax.…………................................................e-mail …………………………………………………………

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 mandante) 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 /DICHIARANO

di essere disposto/i ad offrire, per singolo lotto, i prezzi ( in cifre e in lettere) indicati nel seguente prospetto



**Regione Siciliana**

**Azienda Ospedaliera**

**OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA – CERVELLO**

Legge Regionale n.5 del 14/04/2009

Sede Legale Viale Strasburgo n.233 – 90146 Palermo

P.I. 05841780827 –

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **unità di misura** | **fabbisogno**  | **Nome Commerciale del presidio e codice Ditta**  | **Pezzi** **per confezione**  | **Prezzo per confezione** **( in cifre e lettere )** **I.V.A ESCLUSA** | **Prezzo unitario** **( in cifre e lettere )** **I.V.A ESCLUSA** | **Importo fornitura****( in cifre e lettere )** **I.V.A ESCLUSA** | **I.V.A.****percentuale****da** **applicare** | **CND/REP** |
| **DESCRIZIONE LOTTO N.**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LOTTO N.**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LOTTO N.**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Per ciascun dispositivo numero di repertorio e codice CND completo se esistente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Percentuale di sconto offerto sui prezzi di listino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(con indicazione di eventuale diversificazione della stessa

Percentuale di sconto offerto sulla base d’asta del lotto \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aliquota iva da applicare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inoltre, dichiara:

* che i prezzi offerti sono comprensivi di ogni onere relativo alla fornitura, come descritto nella documentazione tecnica ed alle condizioni, nessuna esclusa, come previste nel capitolato speciale d’appalto, che si intendono pienamente ed integralmente accettate dall’impresa;
* che la presente offerta economica è giudicata remunerativa ed irrevocabile ed impegnativa sino al 180° giorno successivo al termine ultimo per la presentazione della stessa;
* che la presente offerta economica si intende omnicomprensiva e completa di tutto quanto richiesto nel capitolato speciale e necessario per una adeguata esecuzione della fornitura e che i relativi prezzi si intendono comprensivi degli oneri per l’ottenimento delle autorizzazioni necessarie per l’espletamento dei servizi, del costo dei trasporti, degli obblighi e degli oneri relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, di assicurazione, di costo del lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove devono essere eseguiti i servizi, nonché di tutti gli oneri, spese e corrispettivi necessari per l’esatto e puntuale adempimento di ogni obbligazione contrattuale, nessuno escluso tenendo conto delle modalità di svolgimento della fornitura indicate nel Capitolato speciale d’appalto;



**Regione Siciliana**

**Azienda Ospedaliera**

**OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA – CERVELLO**

Legge Regionale n.5 del 14/04/2009

Sede Legale Viale Strasburgo n.233 – 90146 Palermo

P.I. 05841780827 -

* che la presente offerta economica è stata formulata tenendo conto delle disposizioni normative e retributive contenute nel C.C.N.L. di categoria e degli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori, condizioni di lavoro, previdenza ed assistenza dando atto che i costi i relativi alla sicurezza per l’abbattimento dei rischi propri dell’attività dell’impresa, in relazione al presente appalto, si intendono compresi ed interamente remunerati e compensati nei prezzi unitari offerti nella presente offerta economica;
* che, in ipotesi di affidamento dell’esecuzione dello stesso e per il caso di eventuale ritardato pagamento del relativo corrispettivo, potrà pretendere, se eventualmente dovuti e richiesti, gli interessi maturati sulla somma capitale esclusivamente in misura pari a quanto previsto nei documenti di gara, in deroga alla norma di cui all’art. 5, comma 1, D.Lgs. 231/2002;
* che il costo del lavoro calcolato per formulare la presente offerta economica non è inferiore al costo del lavoro stabilito nel C.C.N.L. applicabile di categoria nel rispetto delle disposizioni del Ministero del Lavoro e delle tabelle costo orario relativamente al trattamento economico dei dipendenti;
* di accettare espressamente ed irrevocabilmente, in ipotesi di controversia, la competenza territoriale esclusiva del Foro di Palermo.

lì

 Firma leggibile del rappresentante legale dell’Impresa

 e timbro dell’Impresa (2)

IN CASO DI RAGGRUPPAMENTI TEMPORANEI DI IMPRESE.

|  |  |
| --- | --- |
| Impresa Mandataria e Capofila | Impresa Mandante |
|  Firma Legale Rappresentante (2) |  Firma Legale Rappresentante (2) |
|  Timbro |  Timbro |
|  |  |

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. La marca da bollo del valore di € 14, 62 = deve essere apposta ogni 4 fogli.
2. Firma per esteso e leggibile;
3. In caso di associazioni temporanee e consorzi l’offerta deve essere sottoscritta da tutti i rappresentanti legali delle imprese che costituiranno il raggruppamento o il consorzio;
4. Ai sensi dell’articolo 38 del D.P.R. 445/2000, in allegato alla presente dichiarazione deve essere prodotta copia fotostatica non autenticata del proprio documento d’identità personale, valido o di un documento di riconoscimento equipollente ex articolo 35 del citato D.P.R..
5. Qualora la presente dichiarazione sia resa da un procuratore dovrà essere allegata la relativa procura in originale o copia conforme notarile, da cui lo stesso trae i poteri di firma.
6. **Dovranno essere inserite dal concorrente, nel contesto della presente offerta economica, il numero di tabelle necessarie per produrre offerta per ciascun singolo lotto.**

**Pertanto, lo schema di offerta economica è puramente indicativo nel senso che dovrà essere integrato dal concorrente al fine di fornire, a pena di esclusione, tutte le informazioni e quotazioni richieste ed indicate nel presente disciplinare.**