**Servizio assicurativo della responsabilità civile terzi ed operatori**

**delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere**

**dell’Area Vasta Emilia Centro**

**SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA**

**OPZIONE SUBALTERNA**

**(DA INSERIRE NELLA BUSTA “OPZIONE SUBALTERNA” A SUA VOLTA INSERITA NELLA BUSTA “OFFERTA ECONOMICA LOTTO X”)**

**Polizza RCT/O dell’Azienda USL di Imola**

***FACSIMILE******DI OFFERTA ECONOMICA***

|  |
| --- |
| *Marca da Bollo**€ 16,00* |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso, nella sua qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e legale rappresentante della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, capitale sociale Euro \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_), iscritta al Registro delle Imprese di \_\_\_ al n. \_\_\_, di seguito anche “Impresa”

*(in caso di R.T.I. o Consorzio costituito/costituendo dovranno essere indicati i dati di tutte le imprese raggruppande/raggruppate/consorziate/consorziande)*

**SI IMPEGNA AD ADEMPIERE**

a tutte le obbligazioni previste nel Capitolato Speciale di Polizza (completo di allegati) - anche come eventualmente modificato con la scheda di offerta tecnica - per l’affidamento del servizio di copertura assicurativa dei rischi di Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori d’Opera” e pertanto

**CON RIFERIMENTO AL PUNTO 24.2 DEL DISCIPLINARE DI GARA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DICHIARA DI OFFRIRE QUANTO SEGUE:**

| **Lotto** | **Importo presunto annuale (comprensivo di ogni imposta e onere)** | **Importo offerto dal concorrente****(comprensivo di ogni imposta e onere)** | **Massimo aggregato annuo di franchigia** | **Massimo Aggregato annuo di franchigia offerto dal concorrente** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Polizza RCT/O dell’Azienda USL di Imola
 | € 900.000,00 | €..................................... | Non applicabile | Non applicabile |

 |

**DICHIARA INOLTRE**

* che il/i valore/i economico/i (lordo/i) offerto/i, sopra indicato/i, rispetta/no le disposizioni vigenti in materia di costo del lavoro;
* che i costi relativi alla sicurezza afferenti all’esercizio dell’attività svolta dall’impresa sono pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* che la presente offerta è irrevocabile ed impegnativa sino al 180° (centottantesimo) giorno successivo al termine ultimo per la presentazione della stessa.

Il concorrente prende, infine

### ATTO E DICHIARA CHE:

* i valori offerti dovranno essere espressi con un numero di cifre decimali dopo la virgola pari a 2 (due); nel caso in cui tali valori dovessero essere espressi con un numero di cifre decimali dopo la virgola superiore a 2 (due), saranno considerate esclusivamente le prime 2 (due) cifre decimali dopo la virgola, senza procedere ad alcun arrotondamento;
* in caso di discordanza tra i valori economici indicati in cifre ed i valori economici indicati in lettere, prevalgono i valori economici indicati in lettere.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_