

**A.O. S. Orsola Malpighi di Bologna, AUSL di Bologna, I. O. Rizzoli di Bologna,
AUSL di Imola, AOU S. Anna di Ferrara, AUSL di Ferrara**
Azienda capofila: AUSL di Bologna

Appalto dei servizi di copertura assicurativa



Scheda di offerta economica

Lotto 4 – Danni accidentali ai veicoli

Pag. 1 di 2

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, nella sua qualita' di _____
della Compagnia assicuratrice _____
per conto della quale agisce, dichiara la disponibilita' della predetta Compagnia ad assumere la copertura assicurativa dei danni accidentali ai veicoli – Lotto 4, alle seguenti condizioni economiche:

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA – DATI UNITARI

AO Policlinico Sant'Orsola Malpighi

Kilometri annui percorsi complessivamente 19.000	Premio lordo per km)	Premio lordo
_____	_____	_____
		di cui imposte _____

AUSL di Bologna

Kilometri annui percorsi complessivamente 750.000	Premio lordo per km)	Premio lordo
_____	_____	_____
		di cui imposte _____

AUSL di Imola

Kilometri annui percorsi complessivamente 169.000	Premio lordo per km)	Premio lordo
_____	_____	_____
		di cui imposte _____

I O Rizzoli di Bologna

Kilometri annui percorsi complessivamente 10.000	Premio lordo per km)	Premio lordo
_____	_____	_____
		di cui imposte _____

AUSL di Ferrara

Kilometri annui percorsi complessivamente 1.100.000	Premio lordo per km)	Premio lordo
_____	_____	_____
		di cui imposte _____

AOU Arcispedale S. Anna

Kilometri annui percorsi complessivamente 67.000	Premio lordo per km)	Premio lordo
_____	_____	_____
		di cui imposte _____

**A.O. S. Orsola Malpighi di Bologna, AUSL di Bologna, I. O. Rizzoli di Bologna,
AUSL di Imola, AOU S. Anna di Ferrara, AUSL di Ferrara**
Azienda capofila: AUSL di Bologna

Appalto dei servizi di copertura assicurativa



Scheda di offerta economica

Lotto 4 – Danni accidentali ai veicoli

Pag. 2 di 2

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA – DATI COMPLESSIVI (Valido per aggiudicazione)

Totale chilometri annui percorsi

2.115.000

Totale premio imponibile annuo di polizza complessivo (in cifre)	euro _____
Imposte complessive (in cifre)	euro _____
Totale premio lordo annuo complessivo (in cifre)	euro _____
Totale premio lordo annuo complessivo (in lettere)	euro _____

Totale premio imponibile di polizza complessivo (in cifre)	
(periodo 28.10.14 – 31.12.2017)	euro _____
Imposte complessive (in cifre)	euro _____
Totale premio lordo complessivo (periodo <u>28.10.14 – 31.12.2017</u>)	euro _____

Totale premio imponibile di polizza complessivo	
(periodo 28.10.14 – 31.12.2014)	euro _____
Imposte complessive (in cifre)	euro _____
Totale premio lordo complessivo (periodo <u>28.10.14 – 31.12.2014</u>)	euro _____

Firma (Società' offerente / mandataria)

Firma delle Società' mandanti

1 _____
2 _____
3 _____
.. _____

Luogo e data:
