

ALLEGATO E – SCHEDA OFFERTA

Compilazione scheda offerta

Sezione 1							
APPARECCHIATURE OGGETTE DELLA VALUTAZIONE ECONOMICA							
Descrizione	q.ta	CND	Repertorio	Codice catalogo fabbricante	CANONE ANNUO DI NOLEGGIO (iva esclusa)	CANONE di NOLEGGIO TOTALE - 7 ANNI (iva esclusa)**	Importo Totale Massimo non superabile
SISTEMA DIAGNOSTICO DIGITALE DIRETTO*	1				€ -	€ -	
ORTOPANTOMOGRFO DIGITALE*	1				€ -	€ -	
TOTALE FORNITURA ATTREZZATURE (iva esclusa)						€ -	€ 406.000,00
ONERI DI SICUREZZA AZIENDALI _____% - (artt. 86, n. 3-bis, e 87, n. 4. d. lgs. n. 163/2006, art. 26, n. 6, del d. lgs. n. 81/2008) - già compresi nell'importo offerto							

\*\*\*\*IMPORTANTE\*\*\*\*

La quota di noleggio deve includere per tutto il periodo contrattuale una assistenza di tipo full-risk (anche assicurativa per danni per colpa grave, escluso il dolo comprovato), ad esclusione dei dettori Wireless che sono normati nella sezione 2

\*Il presente allegato, compilato in ogni sua voce deve essere "accompagnato" da un documento di offerta dettagliato e analitico di ogni codice offerto e il relativi importi di offerta.

\*\* nell'offerta economica dettagliata deve essere riportata la suddivisione del canone complessivo in:

- % noleggio
- % assistenza tecnica
- % oneri finanziari

Sezione 2							
COSTO SOSTITUZIONE DETTETTORE WIRELESS PER CADUTA O URTO							
Descrizione	q.ta	CND	Repertorio	Codice catalogo fabbricante	COSTO SOSTITUZIONE Valido per entrambi i detettori - (Iva esclusa)***	Range% di importo da indicare non superabile	
DETTORE WIRELESS "Tavolo Raiologico"	1				€ -	5% min- 25% max del canone annuo di noleggio "SISTEMA DIAGNOSTICO DIGITALE DIRETTO" offerto alla sezione 1	
DETTORE WIRELESS "Teleradiografo"	1						

\*\*\*\*IMPORTANTE\*\*\*\*

Valido per tutta la durata del contratto.

\*\*\*= verrà riconosciuto alla ditta solo nel caso di rottura del dettettore per colpa grave o dolo degli operatori sanitari (es. caduta, urto, ecc.) che dovrà essere opportunamente documentata dalla ditta per avere il riconoscimento dell'importo di sostituzione.

Sezione 3	
COSTO SOSTITUZIONE RICAMBI IN CASO DI DANNO	
% SCONTO DA LISTINO	NOTE
%	Superiore al >=10% del listino in corso di validità presentato in allegato

\*\*\*\*IMPORTANTE\*\*\*\*

Valido per tutta la durata del contratto.

L'Azienda Sanitaria rimborserà il solo costo dei ricambi e solo nel caso in cui verrà comprovato dalla ditta fornitrice che i guasti e le rotture siano derivate da uso doloso da parte del proprio personale