

ALL. B3 OFFERTA ECONOMICA

OGGETTO: PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER L’AFFIDAMENTO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE E HOSPICE NEL TERRITORIO DELL’AZIENDA U.L.S.S. N. 1 DISTRETTO DI BELLUNO (ID SINTEL: 200753097, CIG N.: B6AA94BC07)

Il sottoscritto _____, nato il _____ a _____ (Prov. _____), residente a _____ (Prov. _____),
Via _____, in qualità di _____ dell'impresa _____, con sede legale in _____ (Prov. _____) CAP _____
Via _____, con sede amministrativa in _____ (Prov. _____) CAP _____, Via _____, con codice fiscale n. _____ con
partita IVA _____, telefono n. _____ posta elettronica non certificata _____ posta elettronica certificata _____
in qualità di ☐ Impresa singola ☐ R.T.I. ☐ Altro _____

OFFRE gli importi di seguito riportati (al netto di IVA)							
LINEA DI INTERVENTO n. 1							OFFERTA
		colonna A		colonna B	colonna C	colonna D	colonna E
Voci di costo	Tipologia prestazione	n. accessi/anno (stima)	Tipologia di offerta	importo a prestazione	Importo ANNUO (AXB)	periodo in anni	Importo TRIENNIO (CXD)
Linea 1 - Assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa	Accessi ADI	40.000	costo a prestazione	€ 0,00	€ 0,00	3	€ 0,00
	Accessi Occasionali	12.000		€ 0,00	€ 0,00		€ 0,00
	Accessi fisioterapista	4.100		€ 0,00	€ 0,00		€ 0,00
1A	Linea 1 - il valore triennale offerto dev'essere inferiore, non uguale alla Base d'asta di € 5.141.682,92						€ 0,00
LINEA DI INTERVENTO n. 2							OFFERTA
				colonna B	colonna C	colonna D	colonna E
Voci di costo	Tipologia prestazione		Tipologia di offerta	importo canone mensile	Importo ANNUO (BX12)	periodo in anni	Importo TRIENNIO (CXD)
Linea 2 - Gestione Hospice	attività medici, infermieristiche, fisioterapiche ed assistenziali relative all'Hospice "Casa Tua 2"		canone mensile	€ 0,00	€ 0,00	3	€ 0,00
1B	Linea 2 - il valore triennale offerto dev'essere inferiore, non uguale alla Base d'asta di € 2.369.395,13						€ 0,00
Totale Base d'asta triennio NON SUPERABILE € (iva esclusa)							€ 7.511.078,05
1A + 1B	TOT. IMPORTO OFFERTO (inferiore alla BA triennale sopra riportata) e deve coincidere con quanto indicato in piattaforma “Sintel”						€ 0,00

Si dichiara inoltre:

* che l'imposta sul valore aggiunto applicabile, se dovuta, al presente servizio è pari al _____%

* che l'offerta è valida per 270 giorni decorrenti dalla scadenza del termine per la presentazione dell'offerta medesima;

* che nella formulazione dell'offerta sono state esaminate e valutate tutte le circostanze generali e particolari che possono aver influito o influire sulla determinazione dei prezzi sopra indicati, giudicando pertanto remunerativa l'offerta economica presentata;

* di aver tenuto conto, nella formulazione dell'offerta, degli obblighi e degli oneri relativi alle disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, di assicurazione e di previdenza dei lavoratori;

* di accettare tutte le condizioni generali e particolari fissate nei documenti della procedura di gara in particolare le modalità di assegnazione e di precisare che le condizioni economiche offerte saranno mantenute anche in caso di attivazione delle opzioni;

L'eventuale contratto sarà sottoscritto dal Sig. _____, nato a _____ il _____ nella sua qualità di _____

DI SEGUITO INDICARE IN PERCENTUALE GLI ELEMENTI CHE HANNO CONTRIBUITO ALLA FORMULAZIONE DEL PREZZO COMPLESSIVO DELL'OFFERTA OVVERO:		
L'elenco è indicativo ciascun concorrente potrà fare altre specificazioni	ADI	HOSPICE
Costi relativi al personale	%_____	%_____
Costi relativi a spese generali	%_____	%_____
Costi relativi alla sicurezza aziendale /formazione	%_____	%_____
ALTRI COSTI:	%_____	%_____
UTILE D'IMPRESA:	%_____	%_____

firma digitale del legale rappresentante
Nome/Cognome _____
Ditta _____