

**AZIENDA SANITARIA LOCALE AL
VIA VENEZIA, 6
ALESSANDRIA**

DENOMINAZIONE DITTA	
SEDE LEGALE	
CITTA'	
C.A.P.	
TELEFONO	
FAX	
PEC	

OGGETTO: CONFERIMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRESSO LA CASA DI RECLUSIONE "SAN MICHELE" E LA CASA CIRCONDARIALE "DON SORIA" DI ALESSANDRIA AFFERITE ALL'ASL AL. MESI 12. CIG B12C222A0D.

CON RIFERIMENTO ALLA PROCEDURA NEGOZIATA INDICATA IN OGGETTO E ALLE CONDIZIONI CONTRATTUALI DETTAGLIATAMENTE DESCRITTE NEL CAPITOLATO SPECIALE ALLEGATO, LA SOTTOSCRITTA DITTA E PER ESSA IL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE SI IMPEGNA AD EFFETTUARE IL SERVIZIO IN OGGETTO ALLE SEGUENTI CONDIZIONI ECONOMICHE CHE RIMARRANNO FISSE ED INVARIATE PER TUTTA LA DURATA CONTRATTUALE.

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO RICHIESTO	CANONE OFFERTO EURO	I.V.A.
SERVIZIO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRESSO LA CASA DI RECLUSIONE "SAN MICHELE" E LA CASA CIRCONDARIALE "DON SORIA" DI ALESSANDRIA AFFERITE ALL'ASL AL.	<p style="text-align: center;">Importo mensile</p> <p>€ _____</p>	
IMPORTO UNITARIO TOTALE:	<p style="text-align: center;">Base d'asta € 650.000,00</p> <p>€ _____</p>	
<p>L'importo offerto è pertanto inferiore alla base d'asta fissata complessivamente ad € 650.000,00 oltre IVA di legge (se dovuta).</p>		

Riportare gli importi in cifre ed in lettere

CONDIZIONI ECONOMICHE FISSE E INVARIABILI PER TUTTA LA DURATA CONTRATTUALE DEL SERVIZIO, COMPRESSE LE EVENTUALI OPZIONI DI PROSECUZIONE PREVISTE NEL CAPITOLATO SPECIALE.

DOCUMENTO DA SOTTOSCRIVERE
DIGITALMENTE DAL LEGALE
RAPPRESENTANTE DELLA DITTA
PARTECIPANTE

**DETTAGLIO DELLE VOCI CHE CONCORRONO ALLA FORMULAZIONE
DELL'OFFERTA ECONOMICA COMPLESSIVA**

Da compilare per le voci che hanno concorso alla formulazione dell'offerta economica

(1) COSTI RELATIVI ALLA SICUREZZA (Riferimento: art. 108 comma 9 del Decreto Legislativo 31.03.2023 n. 36)	
Corsi di formazione per la sicurezza	
Visite mediche, Analisi cliniche e accertamenti diagnostici	
Consulenza in materia di sicurezza	
Altro da specificare	
TOTALE (1)	
(2) COSTO DEL LAVORO	
CPS INFERMIERE Monte ore: ore	Quota oraria: € _____
C.C.N.L. applicato	
TOTALE (2) (Quota oraria x monte ore)	
(3) COSTI INERENTI IL SERVIZIO	

Coordinamento	
Supervisione	
TOTALE (3)	
ALTRI COSTI (4)	
Corsi di aggiornamento professionale	
Altri costi da specificare	
TOTALE (4)	
TOTALE COMPLESSIVO ANNUO (1)+(2)+(3)+(4)	

DOCUMENTO DA SOTTOSCRIVERE
DIGITALMENTE DAL LEGALE
RAPPRESENTANTE DELLA DITTA
PARTECIPANTE

copia fotostatica del documento di identità del dichiarante in corso di validità;