

OFFERTA ECONOMICA E RELATIVA SCOMPOSIZIONE

PROCEDURA APERTA N.

**SERVIZIO RIABILITATIVO ED INFERMIERISTICO E SERVIZIO ACCESSORIO DI ASSISTENZA
OSPEDALIERA PRESSO PRESIDI A GESTIONE COMUNALE
PER PERSONE CON DISABILITA'**

DITTA OFFERENTE:

L'impresa
con sede in
rappresentata da
nato a _____ il _____
nella qualità di

presa visione del Capitolato Speciale, del Disciplinare Tecnico e degli altri documenti connessi alla presente gara, formula la seguente **OFFERTA ECONOMICA:**

PREZZO ORARIO UNITARIO BASE D'ASTA (al netto IVA)	RIBASSO PERCENTUALE OFFERTO ESPRESSO IN CIFRE (1)	RIBASSO PERCENTUALE OFFERTO ESPRESSO IN LETTERE STAMPATELLO (2)	PREZZO UNITARIO OFFERTO (al netto IVA) ESPRESSO IN CIFRE (3)	PREZZO UNITARIO OFFERTO (al netto IVA) ESPRESSO IN LETTERE STAMPATELLO (4)
SERVIZIO DI RIABILITAZIONE ED INFERMIERISTICO EURO 33,00	_____ %	_____ %	€ _____	EURO _____
DI CUI IMPORTO ONERI PER LA SICUREZZA AZIENDALE (ART. 95 COMMA 10 D. Lgs 50/2016)	////////	////////	€ _____	EURO _____
SERVIZIO ACCESSORIO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA EURO 27,00	_____ %	_____ %	€ _____	EURO _____
DI CUI IMPORTO ONERI PER LA SICUREZZA AZIENDALE (ART. 95 COMMA 10 D. Lgs 50/2016)	////////	////////	€ _____	EURO _____

Note

- (1) Il ribasso unitario sul prezzo a base d'asta dev'essere espresso in cifre, con valore percentuale arrotondato alla seconda cifra decimale: es. 0,63%
- (2) Il ribasso unitario sul prezzo a base d'asta dev'essere espresso in lettere STAMPATELLO, con valore percentuale arrotondato alla seconda cifra decimale: es. 0,63%=ZERO/SESSANTATRE
- (3) Il prezzo offerto dev'essere espresso in cifre (non come valore percentuale) arrotondato alla seconda cifra decimale
- (4) Il prezzo offerto dev'essere espresso in lettere STAMPATELLO (non come valore percentuale) arrotondato alla seconda cifra decimale: es. 5,63%=CINQUE/SESSANTATRE

E RELATIVA SCOMPOSIZIONE :

attenzione: Indicare le cifre con riferimento al costo orario

SERVIZIO PRINCIPALE RIABILITATIVO ED INFERMIERISTICO

Costo Lavoro	€ _____	EURO _____
Oneri sicurezza	€ _____	EURO _____
Costo coordinamento	€ _____	EURO _____
Oneri generali	€ _____	EURO _____
Utile	€ _____	EURO _____

SERVIZIO ACCESSORIO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Costo Lavoro	€ _____	EURO _____
Oneri sicurezza	€ _____	EURO _____
Costo coordinamento	€ _____	EURO _____
Oneri generali	€ _____	EURO _____
Utile	€ _____	EURO _____

Data e luogo

Firma leggibile e per esteso del
Legale Rappresentante
e timbro dell'impresa