

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

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

OGGETTO: PROCEDURA APERTA PER CONFERIMENTO DEL SERVIZIO DI GESTIONE DELLE RR.SS.AA. DI NOVI LIGURE E GAVI. GARA A.N.A.C. N. 7086245.

CON RIFERIMENTO ALLA PROCEDURA APERTA INDICATA IN OGGETTO E ALLE CONDIZIONI CONTRATTUALI DETTAGLIATAMENTE DESCRITTE NELL'APPOSITO CAPITOLATO SPECIALE DI GARA ALLEGATO, LA SOTTOSCRITTA DITTA E PER ESSA IL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE FORMULA LA PROPRIA MIGLIORE OFFERTA ECONOMICA PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO IN ESAME, COMPRENSIVA DI QUALUNQUE COSTO E ONERE ACCESSORIO, IVI COMPRESI I COSTI PER LA SICUREZZA RELATIVA AI RISCHI PROPRI DELL'ATTIVITA' DELLA DITTA OFFERENTE.

LOTTO UNICO

DESCRIZIONE	IMPORTO MENSILE	IMPORTO CONTRATTUALE
Canone offerto per l'utilizzo delle strutture	Importo mensile € _____	Importo per 16 mesi € _____
BASE D'ASTA	Importo onnicomprensivo € 7.000,00	Importo onnicomprensivo € 112.000,00
PERCENTUALE DI INCREMENTO OFFERTO RISPETTO ALLA BASE D'ASTA		

DATA

**TIMBRO DELLA DITTA - FIRMA LEGGIBILE
PER ESTESO E DATI ANAGRAFICI DEL
LEGALE RAPPRESENTANTE**

DETTAGLIO DELLE VOCI RELATIVE AI COSTI DI GESTIONE

(1) COSTI RELATIVI ALLA SICUREZZA (Riferimento: art. 95 comma 10 del Decreto Legislativo 18.04.2016 n. 50)	
Calzature a norma anti infortunistiche	
Divise	
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	
Qualifica: _____ Monte ore mensile: ore	Quota oraria: € _____
C.C.N.L. applicato	
Qualifica: _____ Monte ore mensile: ore	Quota oraria: € _____
C.C.N.L. applicato	
Qualifica: _____ Monte ore mensile: ore	Quota oraria: € _____
C.C.N.L. applicato	

TOTALE (2) (Quota oraria x monte ore)	
(3) COSTI INERENTI IL SERVIZIO	
Coordinamento	
Supervisione	
Polizze assicurative	
Canone per l'utilizzo delle strutture	
Altri costi da specificare	
TOTALE (3)	
ALTRI COSTI (4)	
Corsi di aggiornamento professionale	
Altri costi da specificare	
TOTALE (4)	
MARGINE DI IMPRESA (5)	
TOTALE COMPLESSIVO (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	

DATA

**TIMBRO DELLA DITTA - FIRMA LEGGIBILE
PER ESTESO E DATI ANAGRAFICI DEL
LEGALE RAPPRESENTANTE**