



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA – CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI

Piazza G. Cesare, 11 – 70124 BARI www.policlinico.ba.it

Da includere nella busta "B",
(in competente bollo)

ALLEGATO N. 2/2 - All. 4
Alla delibera n. 042031/DG del 31 MAR. 2017

ALLEGATO 4

OFFERTA ECONOMICA

(il presente modulo, compilato in ogni sua parte, sarà inserito in una busta ermeticamente chiusa e sigillata sui lembi contenente l'offerta, riportante sull'esterno l'indicazione. "**Offerta Economica per l'affidamento del servizio di assistenza all'attività radioterapica presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari per la durata di 24 mesi**").

Oggetto:	Procedura aperta per l'affidamento del servizio di assistenza all'attività radioterapica presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari per la durata di 24 mesi.
-----------------	---

Il sottoscritto _____, nato a _____,

il _____, in qualità di _____

della Ditta _____, con sede

in _____, via _____, n. _____, con

codice fiscale _____ ovvero Capogruppo delle Ditte:

in nome e per conto della medesima Impresa (o della Associazione Temporanea di Imprese sopraddetta), avvalendosi della facoltà concessagli dal D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni, ai fini della partecipazione all'appalto del servizio di cui all'oggetto, consapevole delle responsabilità cui può incorrere in caso di false dichiarazioni, ai sensi dell'art.496 del Codice Penale,

DICHIARA

di essere disposto ad eseguire il servizio di cui all'oggetto secondo la formulazione della seguente offerta economica:

N.B.: Apporre anche in questo foglio le stesse firme poste in calce alla Presente Dichiarazione.



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA – CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI

Piazza G. Cesare, 11 – 70124 BARI www.policlinico.ba.it

LOTTO 1

Prospetto di calcolo del costo orario complessivo

	Costo orario oneri complessivo euro non sogg. a ribasso	Importi orari Utili d'impresa e spese generali Euro (max 10% sul costo orario)	Totale Costo orario Per singolo elemento	Totale Costo orario Per tutti gli elementi
MEDICO RADIOTERAPISTA ONCOLOGO	(A) € 37,09	(C) € _____	(A+C) (E)€ _____	(Ex5) n. elementi 5 (G)€ _____
FISICO SANITARIO	(B) € 31,02	(D) € _____	(B+D) (F)€ _____	(Fx3) n. elementi 3 (H)€ _____
Totale Complessivo costo orario per tutte le unita richieste dal lotto 2			(G+H) €	
Totale complessivo dell' appalto (24 mesi)			(G+H) x 156 x 24 €	

L'IMPRESA

(firma leggibile per esteso con data e luogo di nascita)

Spazio per la eventuale sottoscrizione dei rappresentanti le Imprese componenti Associazione Consorzio o GEIE non ancora costituiti. Con tale sottoscrizione le imprese sotto elencate assumono l'impegno contrattuale di quanto contenuto nei predetti punti a), b) e c).

(firmare, a pena di esclusione, ogni foglio)

(indicare la Ragione Sociale dell'Impresa e apporre a fianco, la firma leggibile per esteso del legale rappresentante, con data e luogo di nascita)