

ALLEGATO N. 6

SCHEMA DI OFFERTA ECONOMICA

Per accettazione Timbro e firma della Ditta _____

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE PER I DEGENTI DEL PRESIDIO OSPEDALIERO “S.S. ANNUNZIATA” DI SULMONA, E PER I DIPENDENTI DELLE STRUTTURE DELLA ASL 1 AREA PELIGNA.

**DURATA CINQUE ANNI CON OPZIONE DI RINNOVO PER ULTERIORI 2 ANNI.
IMPORTO COMPLESSIVO PER 7 ANNI € 3.864.000,00 OLTRE IVA**

**FAC-SIMILE OFFERTA ECONOMICA
(apporre una marca da bollo da € 16,00 ogni 4 fogli)**

DITTA, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE, SEDE LEGALE, DOMICILIO FISCALE, PARTITA IVA, CODICE FISCALE, RECAPITI TELEFONICI E TELEFAX.
(in caso di raggruppamento d’imprese, tali indicazioni dovranno essere rese da tutte le imprese facenti parte del gruppo)

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

(luogo e data di nascita) _____

(residenza) _____

in qualità di (titolare, legale rappresentante, procuratore, altro) _____

della ditta /impresa _____

con sede (comune italiano o stato estero) C.A.P. _____

indirizzo _____

Partita Iva _____

OFFRE

Per espletare il servizio di ristorazione e mensa del Presidio Ospedaliero “Santissima Annunziata” di Sulmona destinato ai degenti e ai dipendenti, **l’Importo Complessivo Mensile di € _____, (in lettere _____)** oltre Iva (basato sul mese tipo indicato nel capitolato tecnico) e sotto specificato nel calcolo, non superiore alla base d’asta di 46.000,00 € /mese, al netto di Iva e oneri nulli per rischi da interferenze.

Il predetto importo scaturisce dal seguente dettaglio di costi unitari da sottoporre a verifica in relazione ai prezzi unitari massimi stabiliti nell’allegato Sub- D) al capitolato, anche per la fatturazione in base ai pasti effettivamente forniti:

Per accettazione Timbro e firma della Ditta _____

- Prezzo unitario relativo alla giornata alimentare degenti composta da n. 1 colazione, n. 1 pranzo, n.1 merenda e n. 1 cena € _____ al netto dell'Iva, così ripartito :

- o Prezzo unitario della colazione € _____ + Iva
- o Prezzo unitario del pranzo € _____ + Iva
- o Prezzo unitario merenda € _____ + Iva
- o Prezzo unitario della cena € _____ + Iva

- Prezzo unitario pranzo dipendenti mensa ovvero Domus € _____ + Iva

- Prezzo unitario cestino dipendenti sanitari in turno > 12 ore € _____ + Iva

- Prezzo unitario cestino specifico pazienti Dialisi € _____ + Iva

- Prezzo unitario cestino specifico Donatori Sangue € _____ + Iva

L'importo offerto per il mese tipo deve riscontrare il seguente calcolo, come riportato nell'allegato Sub- D) al capitolato:

| | | |
|---|---------|-------|
| n. 3000 giornate alimentari degenti | € _____ | + iva |
| n. 400 cestino dipendenti sanitari turno > 12 h | € _____ | + iva |
| n. 300 cestino specifico pazienti dialisi | € _____ | + iva |
| n. 200 cestino specifico donatori di sangue | € _____ | + iva |
| n. 800 pasti dipendenti in mensa o in Domus | € _____ | + iva |

Si indica di seguito, ai fini della valutazione di congruità, l'importo mensile dei costi relativi alla sicurezza interna alla struttura dell'offerente, già compresi nell'importo mensile complessivo offerto : € _____

DATA _____

FIRMA _____