ASOOM_TO.Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino - Rep. DG 08/04/2021.0000256.I

*Azienda Ospedaliera*
*Ordine Mauriziano*
*di Torino*

*Sede legale: Via Magellano, 1 - 10128 TORINO - Tel. +39 011.508.1111 - www.mauriziano.it - P.I./Cod. Fisc. 09059340019*

# ALLEGATO F)
# PROSPETTO ECONOMICO

Spettabile
**Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino**
Sede Legale ed Operativa S.C. Provveditorato/Economato:
Via Magellano 1, 10128 TORINO tel. 011 508.2797/2269
e-mail: csiani@mauriziano.it – sdepetro@mauriziano.

OGGETTO: FORNITURA DI N. 1 SISTEMA DI MONITORAGGIO PER LA DEGENZA DELLA SC CARDIOLOGIA.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

nella sua qualità di _____

della Società _____

Codice fiscale _____ partita I.V.A. _____

con sede legale in _____C.a.p. _____

Via _____

n° ____ Tel. _____Fax _____e-mail _____

e con sede amministrativa in _____C.a.p._____

Via _____

n° ____ Tel. _____Fax _____e-mail _____

sotto la sua personale responsabilità ed edotto delle sanzioni previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

- *(eventuale, in caso di R.T.I.)*, a corredo dell'offerta congiunta sottoscritta da tutte le Imprese raggruppande (o dall'Impresa capogruppo in caso di RTI già costituito), le parti del servizio che in caso di aggiudicazione saranno eseguite dai singoli operatori economici all'interno del R.T.I. saranno le seguenti:

(Impresa)_____(attività e/o servizi)_____ (%)_____

(Impresa)_____(attività e/o servizi)_____ (%)_____

in caso di aggiudicazione della gara, gli stessi si conformeranno alla disciplina prevista dagli artt.. da 34 a 37 del D.Lgs. 163/2006.

**D I C H I A R A**

**1.** DI AVERE PRESO VISIONE E DI ACCETTARE SENZA CONDIZIONE O RISERVA ALCUNA TUTTE LE NORME E DISPOSIZIONI CONTENUTE NELLA DOCUMENTAZIONE DI GARA PUBBLICATA NEL SITO CONSIP (RDO N. _____ ) COMPRESI EVENTUALI NOTE INTEGRATIVE/CHIARIMENTI/PRECISAZIONI/RETTIFICHE DISPOSTE DA QUESTA AMMINISTRAZIONE E PUBBLICATE SEMPRE SUL SITO CONSIP;

ASOOM_TO.Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino - Rep. DG 08/04/2021.0000256.I

**Azienda Ospedaliera**
**Ordine Mauriziano**
**di Torino**

*Sede legale: Via Magellano, 1 - 10128 TORINO - Tel. +39 011.508.1111 - www.mauriziano.it - P.I./Cod. Fisc. 09059340019*

**2.** DI AVER VALUTATO TUTTE LE CIRCOSTANZE E CONDIZIONI CONTRATTUALI CHE POSSONO INFLUIRE SULL'ESECUZIONE DELLA FORNITURA E DI AVER CONSIDERATO LA PROPRIA OFFERTA, NEL SUO COMPLESSO, CONGRUA E REMUNERATIVA;

per la ditta
(timbro e firma)

Data …….

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Prot. ……..

----------

In relazione alla procedura in oggetto si impegna in nome e per conto della Ditta medesima a fornire all'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino quanto segue:

| DESCRIZIONE DEL BENE | CODICE PRODOTTO OFFERTO | PREZZO UNITARIO IVA ESCLUSA | IMPORTO COMPLESSIVO OFFERTO (IVA inclusa) |
|---|---|---|---|
| N. 1 SISTEMA DI MONITORAGGIO | | | |

| Descrizione dell'apparecchiatura offerta | Nome commerciale | Codice CIVAB | Codice CND | Codice RDM |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

***Accessori opzionali offerti***

| Descrizione | Codice | Prezzo unitario di listino | % di sconto | Prezzo unitario scontato I.V.A. esclusa |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

***Eventuali materiali di consumo***
***(specificare quali sono esclusi e quali sono reperibili sul mercato)***

| Descrizione | Codice | Prezzo unitario di listino | % di sconto | Prezzo unitario scontato I.V.A. esclusa | Specificare fabbisogno annuale |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

ASOOM_TO.Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino - Rep. DG 08/04/2021.0000256.I

**Azienda Ospedaliera**
**Ordine Mauriziano**
**di Torino**

*Sede legale: Via Magellano, 1 - 10128 TORINO - Tel. +39 011.508.1111 - www.mauriziano.it - P.I./Cod. Fisc. 09059340019*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| OFFERTA ECONOMICA COSTO MANUTENZIONE POST GARANZIA (PERIODO CINQUE ANNI) | | |
|---|---|---|
| COSTO ANNUO ASSISTENZA FULL-RISK (IVA esclusa) (per cinque anni dopo il periodo di garanzia "full-risk" di almeno 24 mesi) | COSTO COMPLESSIVO PER CINQUE ANNI ASSISTENZA FULL-RISK (IVA esclusa) dopo il periodo di garanzia "full-risk" di almeno 24 mesi | % IVA da applicare |
| €._____<br><br>La ditta dovrà indicare dettagliatamente i seguenti costi per interventi su chiamata:<br><br>costo orario _____<br><br>costo viaggio_____<br><br>trasferta_____<br><br>diritti di chiamata_____<br><br>che dovranno rimanere fissi per cinque anni dopo il periodo di garanzia<br><br>_____ | €._____ | _____ |
| Indicare il periodo di garanzia: mesi_____(minimo 24 mesi) | | |

Data …….

per la ditta
(timbro e firma)
IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Prot…….

----------

Si prega cortesemente di indicare la/le persona/e di riferimento da contattare per eventuali chiarimenti e i rispettivi recapiti telefonici.