

## MOD. 2 – MODULO PER LA VALUTAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA

Marca da bollo Euro 14,62  
(1 ogni 4 pagine)

**Spett.le**  
**Azienda Pubblica Servizi alla Persona**  
**“Montedomini”**  
**Via Malcontenti n° 6**  
**50122- FIRENZE**

Oggetto: **OFFERTA ECONOMICA** per “L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI SOCIO-SANITARI, ASSITENZIALI E GENERALI DELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER ANZIANI “RSA 1 MONTEDOMINI”

Il sottoscritto .....

Nato a .....il.....

Residente nel Comune di.....Cap / Provincia .....

Via/Piazza.....

in qualità di.....

E in rappresentanza dell'impresa (ragione sociale/denominazione) .....

Con sede legale in .....Cap / Provincia .....

Via/Piazza.....

Con codice fiscale numero ..... E con partita I.V.A. nr.....

Telefono .....fax.....

Con espresso riferimento all'Impresa che rappresenta:

### SI OBBLIGA

Ad assumere in appalto la gestione della Residenza Sanitaria Assistenziale “RSA 1 di Montedomini” per la durata di tre anni e, a tale fine, presenta la seguente offerta economica.

**Prezzo annuo netto offerto per il servizio (valutato per l'attribuzione del punteggio di economicità), da rendere con le caratteristiche organizzative e gestionali indicate nel progetto presentato.**

**Importo annuo € 977.543,90** ( in cifre )  
**Novesetantasettemilacinquecentoquarantatrevirgolanovanta** ( in lettere )

**sul quale operare il ribasso percentuale**

**= offerta di netti € \_\_\_\_\_**  
( in cifre )

**Euro \_\_\_\_\_**  
( in lettere )

**+ IVA al \_\_\_\_%**

*Percentuale di ribasso riferito all'importo annuo a base d'asta*

\_\_\_\_\_ in cifre \_\_\_\_\_ in lettere

La percentuale di ribasso offerta sarà applicata al valore unitario delle giornate assistenziali secondo lo schema sotto riportato<sup>1</sup>.

Struttura	Importo Triennale	Tipologia utenza	Giornate annue presunte	Importo annuale	Valore unitario giornata assistenziale
RSA 1	2.932.631,70	Modulo 1	6.242	442.951,64	70,97
		Modulo 3	6.242	534.592,26	85,65

Si indicano inoltre le tariffe orarie (in cifre ed in lettere), omnicomprensive di tutti gli oneri a carico dell'impresa, per le seguenti figure professionali.

Le tariffe indicate saranno utilizzate per la verifica della congruità dell'offerta

Si dichiara la disponibilità, a tali condizioni, all'eventuale ulteriore integrazione di personale, su richiesta, nel corso della durata del contratto :

<sup>1</sup> Gli importi, moltiplicati per le effettive giornate di presenza mensili per ciascuna tipologia di servizio, costituiranno l'importo delle prestazioni da fatturare mensilmente da parte della ditta aggiudicataria.

### COSTO ORARIO

	<b>Cifre</b>	<b>Lettere</b>
Infermiere professionale	€ _____	_____
Terapista della Riabilitazione	€ _____	_____
Educatore professionale	€ _____	_____
Animatore	€ _____	_____
Operatore Socio Sanitario	€ _____	_____
Addetto alle pulizie	€ _____	_____
Operatore OSA/OTA	€ _____	_____
Autista	€ _____	_____
<b>+ IVA al _____%</b>		

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma per esteso di legale rappresentante<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

#### **NOTA BENE**

**La presente offerta, pena esclusione dalla gara, dovrà essere corredata delle giustificazioni alle voci di prezzi che concorrono a formare l'importo complessivo dell'offerta con particolare riferimento al costo del lavoro ed al costo relativo della sicurezza, il quale deve essere specificamente indicato e risultare congruo rispetto all'entità e alle caratteristiche dei servizi oggetto di gara.**

<sup>2</sup> In caso di A.T.I. (non costituita), la presente offerta congiunta dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante di tutte le impresa che costituiscono il concorrente adattando i dati dell'intestazione