

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
ASP FIRENZE MONTEDOMINI
Via de' Malcontenti, 6
50122 FIRENZE**

Oggetto: Domanda di partecipazione e dichiarazioni per partecipare alla procedura aperta per per affidamento triennale di servizi socio- sanitari, assistenziali e generali della Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani "SAN SILVESTRO"

Numero di gara : 2864695

CIG: 2816438628

Il sottoscritto: _____
nato a _____ il _____
residente a _____ (_____) Via _____ n. _____
in qualità di legale rappresentante della ditta _____
con sede legale in: _____ (_____) Via _____ n. _____
codice fiscale _____ partita IVA _____
e-mail _____ Telefono _____ Fax _____

SI OBBLIGA

Ad assumere in appalto la gestione dei servizi illustrati nel documento unico e nell'allegato tecnico 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 €1.237.843,01 (in cifre)
(Unmilione duecentotrentasettemilaottocento quarantatré virgolazero) (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 riportato¹.

Importo Triennale	Importo Annuale	Tipologia utenza	Giornate annue presunte	Importo annuale	Valore unitario giornata assistenziale
€ 3.713.529,02	€1.237.843,01	Non Autosufficienti	13.870	€1.100.619,05	€ 79,35
		Autosufficienti	6.570	€137.223,96	€ 23,69

Scomposizione dell'offerta economica complessiva:

L'offerta annua deve essere suddivisa in "costi del personale" ed "altri costi" ciascuna parte deve essere, a sua volta, scorporata nelle sue diverse componenti.

In particolare si indicano inoltre le tariffe orarie (in cifre ed in lettere), onnicomprensive 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 nonché per eventuali prestazioni aggiuntive che l'Azienda potrebbe richiedere successivamente.

¹ 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.

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

COSTO ORARIO

	Cifre	Lettere
Infermiere professionale	€ _____	_____
Terapista della Riabilitazione	€ _____	_____
Animatore / Educatore prof.	€ _____	_____
Operatore ADB	€ _____	_____
Operatore OSS	€ _____	_____
Addetto alle pulizie	€ _____	_____

+ IVA al _____%

Data _____

Timbro e firma per esteso di legale rappresentante²

_____, li _____

TIMBRO E FIRMA

AL MODULO DEVE ESSERE ALLEGATA UNA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA' PERSONALE DEL SOTTOSCRITTORE

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

Avvertenza: *Nel caso di partecipazione in forma associata (consorzio o RTI), la presente dichiarazione deve essere resa singolarmente da ciascun partecipante al consorzio o al RTI.*