

**REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
VIA TORRACA, 2 – 85100 POTENZA
U.O.C. Provveditorato/Economato**

Tel. 0973/48511 – 0973/48111, Fax 0973/48562 – 0973/21730 (Ufficio di Lagonegro)

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO, TRIENNALE, PROROGABILE PER ULTERIORI ANNI DUE, DI ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA, FARMACOLOGICA, INFERMIERISTICA, RIABILITATIVA, MEDICO E PSICOLOGICA NEL TERRITORIO DELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA (A.S.P.).

ALLEGATO N. 2

SCHEDA OFFERTA ECONOMICA

SCHEDA OFFERTA
(da inserire nella BUSTA "C" – Offerta economica)

Nota: Qualora non sia possibile o agevole l'utilizzo del presente modulo, la ditta ha facoltà di redigere su proprio documento equivalente l'offerta, ferma restando l'osservanza delle disposizioni sul bollo ed il sostanziale rispetto del contenuto e della forma delle dichiarazioni da rendere, rispettandone la terminologia e la numerazione ai fini della corretta leggibilità ed interpretazione.

Tutte le cifre in Euro vanno espresse con un numero massimo di due decimali oltre la virgola.

Marca da bollo
da €. 14,62 (n°1 ogni n°4 fogli)
in caso di mancato od insufficiente
pagamento dell'imposta di bollo si
procederà ai sensi degli art.19 e 31
del D.P.R. 26/10/1972, n.642 e s.m.i.

Spett.Le
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Via Torraca, 2
85100 POTENZA

Il sottoscritto _____

In qualità di _____

Della Ditta _____

DICHIARA

di presentare offerta economica - **per il Servizio, triennale, prorogabile per ulteriori anni due, di Assistenza Domiciliare Sanitaria, Farmacologica, Infermieristica, Riabilitativa, Medico e Psicologica nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (A.S.P.),** - come di seguito viene indicato:

1) IL COSTO TOTALE DEL SERVIZIO, SU BASE ANNUALE, comprensivo di ogni onere dovuto alla Ditta Aggiudicataria in connessione con l'esecuzione del contratto è il seguente:

In cifre: Euro _____ IVA esclusa

Euro _____ IVA inclusa

In lettere: Euro _____ IVA esclusa

Euro _____ IVA inclusa

NOTA: ai fini dell'aggiudicazione si farà riferimento all'importo di cui al punto 1 (IVA INCLUSA). In caso di discordanza fra l'indicazione in cifre e in lettere, sarà considerata valida, ai fini dell'aggiudicazione, quella più vantaggiosa per l'amministrazione.

2) L'ANALISI DEI COSTI, IVA COMPRESA, E' LA SEGUENTE:

2.1 – Costi per il fabbisogno ANNUO presunto di prestazioni (compreso lavoro festivo/notturno, nonché maggiorazioni forfetarie relative a costi chilometrici medi, e come tale riassorbite dal computo che segue, rapportato, per semplicità ad ore di lavoro ordinario):

OSS (Op. Socio-Sanitario)	Liv....	retr. Oraria Euro.....	x	22.500 ore annue = Euro.....
Infermieri Professionali:	Liv...	retr. Oraria Euro.....	x	144.000 ore annue = Euro.....
Tecnici della riabilitazione (compresi i logopedisti):	Liv...	retr. Oraria Euro.....	x	45.000 ore annue = Euro.....
Medici	Liv...	retr. Oraria Euro.....	x	4.500 ore annue = Euro.....
Psicologi	Liv...	retr. Oraria Euro.....	x	4.500 ore annue = Euro.....
Farmacisti	Liv...	retr. Oraria Euro.....	x	1.500 ore annue = Euro.....

Le figure sopra indicate ed il relativo monte ore sono essenziali per l'espletamento del Servizio Cure Domiciliari, e, pertanto, non sono modificabili dal progetto.
I costi orari retribuiti dalla ditta al proprio personale, **non sono soggetti a ribasso**, e non potranno essere inferiori a quanto stabilito dai CC.CC.LL.NN. vigenti, nonché agli importi indicati nelle corrispondenti tabelle del Ministero del Lavoro.

2.1 B) COSTI (EVENTUALI) PER IL FABBISOGNO ANNUO PRESUNTO DI PRESTAZIONI DELLE ULTERIORI FIGURE, ove previste dal Progetto presentato dalla ditta, e per il referente amministrativo (figura obbligatoria ai sensi dell'art. 7 del Capitolato).

(compreso lavoro festivo/notturno, nonché maggiorazioni forfetarie relative a costi chilometrici medi, e come tale riassorbite dal computo che segue, rapportato per semplicità ad ore di lavoro ordinario)

referente amministrativo Liv..... retr. Oraria Euro..... xore annue = Euro.....
..... Liv..... retr. Oraria Euro..... xore annue = Euro.....

(I costi orari retribuiti dalla ditta a tale personale aggiuntivo, non sono soggetti a ribasso, e non potranno essere inferiori a quanto stabilito dai CC.CC.LL.NN. vigenti, nonché agli importi indicati nelle corrispondenti tabelle del Ministero del Lavoro.)

2.2 A) costo complessivo dei materiali e attrezzature previsti dal capitolato EURO/anno.....
(dettaglio dei materiali e attrezzature con relative quotazioni)

2.2 B) costo complessivo dei materiali e attrezzature ulteriori previsti dal progetto EURO/anno.....
(dettaglio dei materiali e attrezzature con relative quotazioni)

2.3 costo complessivo organizzazione, spese generali, utile d'impresa : EURO/anno.....
(dettaglio con relative quotazioni)

TOTALE delle varie voci di cui al punto 2:

EURO/anno.....*

**Il totale delle varie voci di cui al punto 2) deve corrispondere al costo totale annuo del servizio, IVA compresa, di cui al punto 1).*

Si allegano inoltre al presente “Modulo Offerta”:

3) Riferimenti normativi/contrattuali circa i livelli retributivi applicati al personale che sarà impiegato nel Servizio, come quantificati in offerta;

4) sintetico documento illustrativo in cui, sulla base del capitolato e suoi allegati, nonché del Progetto presentato, sono illustrate le varie voci economiche di cui al precedente punto 2.

Nota: I documenti indicati ai punti 3 e 4, sottoscritti dalle medesime persone che sottoscrivono l'offerta, vanno autenticati anch'essi con allegata copia fotostatica di valido documento di riconoscimento, e saranno utilizzabili in sede di valutazione di eventuali offerte anomale ai sensi degli artt. 86,87,88 del D.lgs. 163/2006. Saranno considerate anormalmente basse le offerte in cui il costo della manodopera non sia adeguato e sufficiente rispetto al costo del lavoro stabilito dal C.C.N.L. di categoria e dalle leggi previdenziali e assistenziali vigenti.

DATA _____

SOTTOSCRIZIONE: _____

Nota: per la sottoscrizione del presente modulo (o suo equivalente), a pena di nullità, l'offerta è sottoscritta dal legale rappresentante della ditta che partecipa individualmente; per le ATI e i consorzi, invece, l'offerta è sottoscritta:

- a) dai legali rappresentanti di tutte le ditte facenti parte di raggruppamento costituendo, o in caso di raggruppamento costituito nelle forme di legge dal legale rappresentante del mandatario capogruppo;
- b) per i consorzi, dai legali rappresentanti delle imprese consorziate che risultano esecutrici del servizio oltre che dal legale rappresentante del consorzio;

Al presente modulo di offerta (o suo equivalente), a pena di nullità, dovrà essere allegata fotocopia/e di documento d'identità del/i sottoscrittore/i ai sensi del DPR n. 445/2000, o dichiarazione equivalente per i concorrenti stabiliti in altri Paesi U.E.