

FAC-SIMILE DI OFFERTA ECONOMICA

**Spett.le
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
Via Torraca, 2
85100 POTENZA**

OGGETTO: AFFIDAMENTO INCARICO PROFESSIONALE DI FISICA SANITARIA PER LE SORGENTI DI RADIAZIONI IONIZZANTI E NON IONIZZANTI PRESSO I PRESIDII E STRUTTURE SANITARIE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA AI SENSI DELL'ART. 7 COMMA 6 DEL D.LGS 30/03/2001 N.165 E S.M.I. –LOTTO N. 3 AMBITO TERRITORIALE DI LAGONEGRO

Il sottoscritto

nato a

il

residente a

in Via

Codice fiscale

Partita I.V.A.

Telefono n. _____

Telefax n. _____

Esaminato indistintamente l'avviso pubblico per l'affidamento l'incarico professionale relativo alle seguenti prestazioni da espletarsi presso i presidi e strutture sanitarie dell'ambito territoriale di Lagonegro **rif. LOTTO N. 3:**

- 1) **esperto qualificato per la sorveglianza fisica della radioprotezione** inerente le attività di radiodiagnostica ai sensi del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 230 e s.m.i.;
- 2) **esperto in fisica medica per la gestione del programma di garanzia della qualità**, nonché dei controlli di qualità sulle apparecchiature, e per la verifica dei Livelli Diagnostici di Riferimento, ai sensi del D.Lgs. 26 maggio 2000, n. 187;
- 3) **esperto responsabile per la sicurezza dell'apparecchiatura a risonanza magnetica nucleare**, ai sensi di quanto previsto dal D.M. 2 agosto 1991.

che integralmente si accetta senza riserve e condizioni tutte le condizioni e prescrizioni in esso contenute, ai sensi dell'articolo 1341 de Codice Civile,

DICHIARA

- di essere disponibile ad assumere l'incarico professionale relativo alle suelencate prestazioni;
- di aver effettuato sopralluogo presso i Presidi e Strutture Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ubicati nell'**Ambito Territoriale di Lagonegro (Rif. LOTTO 3)**- in cui deve essere svolta l'attività oggetto del presente avviso, e di aver preso visione delle sorgenti radiogene da sorvegliare, e dei locali in cui le stesse sono installate;
- di aver esaminato l'avviso pubblico con i relativi allegati inerente all'incarico in oggetto, accettandone integralmente e senza riserve tutte le prescrizioni e condizioni in esso contenute;
- che le periodicità e numero di prestazioni da espletarsi, indicate a fianco di ciascuna tipologia, sono quelle prescritte dai vigenti protocolli normativi;
- che l'offerta di seguito formulata è congrua e remunerativa;

OFFRE

Per l'espletamento dell'incarico in oggetto l'importo complessivo annuo di € _____, oltre l'Iva e il contributo previdenziale previsto ai sensi del D.L.166/1996, se dovuto, risultante dalla sommatoria degli importi annui, di ciascuno dei Presidi sanitari ubicati nell'ambito territoriale di Potenza, dei quali si riporta il prospetto analitico dei costi unitari per ciascuna attrezzatura e/o prestazione da espletarsi e l'importo complessivo annuo:

A. PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAGONEGRO**A.1 SORVEGLIANZA FISICA DELLA RADIOPROTEZIONE PER LE APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE**

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	SORVEGLIANZA FISICA TUBO A RAGGI X PER RADIODIAGNOSTICA (DETTAGLIARE)		
2	DOSIMETRIA		
3	MISURE AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
4	VALUTAZIONI AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
5	MISURE AMBIENTALI X		
6	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
7	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

A.2 PRESTAZIONI DI FISICA MEDICA:

GARANZIA DELLA QUALITA' E OTTIMIZZAZIONE DELLA DOSE AL PAZIENTE

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	PROGRAMMI DI GARANZIA DELLA QUALITA' (DETTAGLIARE)		
2	PROVE DI COSTANZA (DETTAGLIARE)		
3	DETERMINAZIONI LIVELLI DIAGNOSTICI DI RIFERIMENTO (DETTAGLIARE)		
4	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
5	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

IMPORTO COMPLESSIVO ANNUO, IVA ESCLUSA VOCE A (A.1 + A.2) € _____**B. POLIAMBULATORIO DI LAGONEGRO****B.1 SORVEGLIANZA FISICA DELLA RADIOPROTEZIONE PER LE APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE**

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	SORVEGLIANZA FISICA TUBO A RAGGI X PER RADIODIAGNOSTICA (DETTAGLIARE)		
2	DOSIMETRIA		
3	MISURE AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
4	VALUTAZIONI AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
5	MISURE AMBIENTALI X		
6	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
7	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

B.2 PRESTAZIONI DI FISICA MEDICA

GARANZIA DELLA QUALITA' E OTTIMIZZAZIONE DELLA DOSE AL PAZIENTE

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	PROGRAMMI DI GARANZIA DELLA QUALITA' (DETTAGLIARE)		
2	PROVE DI COSTANZA (DETTAGLIARE)		

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
3	DETERMINAZIONI LIVELLI DIAGNOSTICI DI RIFERIMENTO (DETTAGLIARE)		
4	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
5	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

B.3 SORVEGLIANZA FISICA SITO RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	SORVEGLIANZA FISICA (DETTAGLIARE)		
2	CONTROLLI DI QUALITA' RMN (DETTAGLIARE)		
3	VERIFICA TENUTA GABBIA DI FARADAY		
4	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
5	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

IMPORTO COMPLESSIVO ANNUO, IVA ESCLUSA VOCE B (B.1 + B.2 + B.3) € _____

C. PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIAROMONTE

C.1 SORVEGLIANZA FISICA DELLA RADIOPROTEZIONE PER LE APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	SORVEGLIANZA FISICA TUBO A RAGGI X PER RADIODIAGNOSTICA (DETTAGLIARE)		
2	DOSIMETRIA		
3	MISURE AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
4	VALUTAZIONI AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
5	MISURE AMBIENTALI X		
6	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
7	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

C.2 PRESTAZIONI DI FISICA MEDICA:

GARANZIA DELLA QUALITA' E OTTIMIZZAZIONE DELLA DOSE AL PAZIENTE

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	PROGRAMMI DI GARANZIA DELLA QUALITA' (DETTAGLIARE)		
2	PROVE DI COSTANZA (DETTAGLIARE)		
3	DETERMINAZIONI LIVELLI DIAGNOSTICI DI RIFERIMENTO (DETTAGLIARE)		
4	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
5	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

IMPORTO COMPLESSIVO ANNUO, IVA ESCLUSA VOCE C (C.1 + C.2) € _____

D. PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAURIA

D.1 SORVEGLIANZA FISICA DELLA RADIOPROTEZIONE PER LE APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	SORVEGLIANZA FISICA TUBO A RAGGI X PER RADIODIAGNOSTICA (DETTAGLIARE)		
2	DOSIMETRIA		

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
3	MISURE AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
4	VALUTAZIONI AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
5	MISURE AMBIENTALI X		
6	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
7	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

D.2 PRESTAZIONI DI FISICA MEDICA:

GARANZIA DELLA QUALITA' E OTTIMIZZAZIONE DELLA DOSE AL PAZIENTE

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	PROGRAMMI DI GARANZIA DELLA QUALITA' (DETTAGLIARE)		
2	PROVE DI COSTANZA (DETTAGLIARE)		
3	DETERMINAZIONI LIVELLI DIAGNOSTICI DI RIFERIMENTO (DETTAGLIARE)		
4	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
5	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

IMPORTO COMPLESSIVO ANNUO , IVA ESCLUSA VOCE D (D.1 + D.2) € _____

E. PRESIDIO OSPEDALIERO DI MARATEA

E.1 SORVEGLIANZA FISICA DELLA RADIOPROTEZIONE PER LE APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	SORVEGLIANZA FISICA TUBO A RAGGI X PER RADIODIAGNOSTICA (DETTAGLIARE)		
2	DOSIMETRIA		
3	MISURE AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
4	VALUTAZIONI AMBIENTALI (per la valutazione della dose da contaminazione interna)		
5	MISURE AMBIENTALI X		
6	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
7	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

E.2 PRESTAZIONI DI FISICA MEDICA:

GARANZIA DELLA QUALITA' E OTTIMIZZAZIONE DELLA DOSE AL PAZIENTE

N. ORD.	PRESTAZIONE	NUMERO ANNUO PREVISTO	COSTO UNITARIO
1	PROGRAMMI DI GARANZIA DELLA QUALITA' (DETTAGLIARE)		
2	PROVE DI COSTANZA (DETTAGLIARE)		
3	DETERMINAZIONI LIVELLI DIAGNOSTICI DI RIFERIMENTO (DETTAGLIARE)		
4	RILIEVI CON STRUMENTAZIONE PROPRIA		
5	ULTERIORI PRESTAZIONI PRESCRITTE DALLA NORMATIVA VIGENTE (DETTAGLIARE)		

IMPORTO COMPLESSIVO ANNUO , IVA ESCLUSA VOCE D (E.1 + E.2) € _____

Si riportano, di seguito le quotazioni opzionali, relative ad ulteriori prestazioni che potranno essere

eventualmente richieste:

N. RIF.	PRESTAZIONE	COSTO UNITARIO
	Progettazione e benessere all'esercizio di nuove apparecchiature	
	1 ^a verifica messa in esercizio nuove apparecchiature RX	
	ALTRE (DESCRIVERE)	
	ALTRE (DESCRIVERE)	
	ALTRE (DESCRIVERE)	
	ALTRE (DESCRIVERE)	
	ALTRE (DESCRIVERE)	
	ALTRE (DESCRIVERE)	

Si dichiara che le stesse condizioni offerte saranno garantite anche su eventuali attrezzature che dovessero aggiungersi a quelle esistenti, e ad ogni altra prestazione che dovesse rendersi necessaria ai fini dell'assolvimento dell'incarico.

Si dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che il corrispettivo contrattuale potrà subire variazioni in aumento in caso di messa in esercizio di nuove apparecchiature RX e RMN e/o di soggetti da sottoporre a controllo dosimetrico, ovvero riduzione per affetto di dismissione di apparecchiatura e/o in caso di diminuzioni dei soggetti da sottoporre a controllo dosimetrico.

(data e firma del professionista) _____