



MODELLO PER LA PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA

Spett.le ISMEA
Viale Liegi, 26
00198 ROMA

**GARA NAZIONALE A PROCEDURA APERTA PER L'APPALTO DI CONSULENZA E PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
PER LA SICUREZZA E LA SALUTE DEI LAVORATORI (D.Lgs. 81/2008 e S.M.I.) - CIG 741710657F**

DICHIARAZIONE DI OFFERTA ECONOMICA

Il/La sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____
Via _____
In qualità di _____
della concorrente _____ con sede legale in _____
_____ Via _____

OFFRE

PER LA REALIZZAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ ELENCATI NELL'ART. 2 DEL CAPITOLATO

A) € *in cifre* (..... *in lettere*), **oltre Iva**, quale importo triennale per la realizzazione delle attività indicate al punto 2 del capitolato, comprensivo di n.160 visite mediche (n.150 complete di tutti gli esami obbligatori e ritenuti necessari dal Medico competente per il GOL dei videoterminalisti e n.10 per il GOL degli autisti). **N.B. l'importo offerto non può superare il budget a base d'asta di € 55.000,00.**

B) € 5.000,00, **non soggetti a ribasso**, quale budget triennale a disposizione dell'Ismea per le visite mediche ulteriori rispetto al numero di cui al precedente punto a).

TOTALE PREZZO OFFERTO (A+B) * = € _____

*** L'importo totale (A+B) non può superare il budget complessivo pari ad € 60.000,00.**

C) **Un ribasso percentuale** sull'importo a base di gara **di cui alla lettera A)** pari a: %in cifre (.....in lettere).

- i valori offerti dovranno essere espressi con un numero di cifre decimali dopo la virgola pari a 3 (tre); nel caso in cui tali valori dovessero essere espressi con un numero di cifre decimali dopo la virgola superiore a 3 (tre), saranno considerate esclusivamente le prime 3 (tre) cifre decimali dopo la virgola, senza procedere ad alcun arrotondamento;
- Il sottoscritto si impegna a tenere ferma l'offerta per un periodo non inferiore a **180 giorni** dalla data di presentazione della medesima.

Si allega alla presente il tariffario che la scrivente società applicherà per l'attività di sorveglianza sanitaria (visite mediche) dei dipendenti.

Timbro della Società e Firma

Data, _____

N.B. Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario.