ALLEGATO H)

Affidamento della gestione di due nuclei R.S.A. per un totale di 40 posti letto nonché della gestione parziale di un nucleo R.A. di 20 posti letto, **per il prossimo biennio.**

Procedura negoziata ex art. 63 dlgs 50/2016

**MODULO D’OFFERTA**

(in carta legalizzata con marca bollo da euro 14,62)

Il sottoscritto………………………………………………………………..………………….…

nato il……………………………….…a…………………………………………………………

residente in ……………………………………. via ……………………………………………

in qualità di …………………………………………………………………………………….…

della ……………………………………………………………………………………….….…..

con sede in……………………………………………………………………………………….

con codice fiscale n………………………………………………………………………..….…

con partita IVA n……………………………………………………………….…………..…….

DICHIARA

**di offrire per** la gestione di due nuclei R.S.A. relativamente all’assistenza tutelare, per un totale di 40 posti letto, a media ed alta intensità assistenziale, nonché della gestione parziale, relativamente all’assistenza tutelare, di un nucleo R.A. di 20 posti letto, per il servizio di animazione e fisioterapia così come specificato nel progetto presentato, per l'intero biennio di appalto, il prezzo complessivo

netto di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in lettere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - (Iva esclusa),

**inferiore all’importo posto a base d’asta: € 1.150.000,00 (Iva esclusa)**

Ai sensi dell’art. 95 comma 10 del codice si indicano:

i costi della manodopera........................

i costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro..........................

Ai fini di un'eventuale modifica della gestione dei nuclei affidati, così come previsto all'artt. 7 ultimo comma della relazione descrittiva/ Capitolato d'Appalto, il costo orario del personale interessato ai servizi è il seguente:

operatore socio assistenziale Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

operatore fisioterapista Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

operatore animatore Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*FIRMA DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Sottoscrizione non autenticata, ma corredata da fotocopia del documento di identità del firmatario (D.P.R. N. 445 del 28/12/2000).