

**Allegato B****MODELLO OFFERTA ECONOMICA  
SERVIZIO DI MANUTENZIONE E RIPARAZIONE STRUMENTARIO CHIRURGICO GENERICO**

Gara n..... CIG .....

DESCRIZIONE (ove è indicato solo lo strumento, le tipologie di intervento sono quelle elencate all'art. 1 del capitolato speciale)	QUANTITA' INDICATIVE	PREZZO UNITARIO IVA esclusa		PREZZO TOTALE (quantità x prezzo unitario)	
		IN CIFRE	IN LETTERE	IN CIFRE	IN LETTERE
Ago aspiratore	30				
Battitore	20				
Lama	100				
Forbice chirurgica	300				
Forbice normale	200				
Forbice per gessi	50				
Forbice speciale	50				
Isterometro	10				
Martello	20				
Pinza bipolare	20				
Pinza klemmer	30				
Pinza kocher	30				
Pinza ossivora luer	30				
Portaghi	30				
Pinze anatomiche	30				
Pinze kelly	30				
Dissettori	20				
Pinze per coagulare	30				
Scalpello	10				
Tourniquet	10				
Tronchese	30				
Uncino	50				
Sfigmomanometro aneroide: revisione, riparazione, taratura	50				
Riparazione movimento trasmissione	20				
Sostituzione manometro erka originale	30				
Sostituzione vetro erka originale	30				
Sostituzione bilanciere erka originale	20				
Sostituzione archetto fonendoscopio	50				
Sostituzione oliva fonendoscopio	50				
Sostituzione tubo gomma fonendoscopio	40				

Sostituzione padiglione fonendoscopio	40				
Sostituzione membrana fonendoscopio	40				
Sostituzione raccordo a Y fonendoscopio	40				
<b>TOTALE COMPLESSIVO (somma dei prezzi totali offerti per ogni strumento/intervento)</b>					
*					

I costi della manodopera, ai sensi dell'art. 95 comma 10 del D.Lgs. 50/2016, così come modificato dal D.Lgs. 56/2017, sono pari ad €. \_\_\_\_\_ (diconsi euro ),  
 Gli oneri per la sicurezza interni aziendali di cui all'art. 95 comma 10 del D.Lgs. 50/2016, così come modificato dal D.Lgs. 56/2017, ammontano ad €. \_\_\_\_\_ (diconsi euro \_\_\_\_\_ )

Sul listino dei pezzi di ricambio e delle manutenzioni/riparazioni non previste nel presente modello di offerta, verrà applicato il seguente sconto percentuale: \_\_\_\_\_

La presente offerta è valida, a tutti gli effetti, per un periodo di 180 giorni decorrenti dal termine fissato per la presentazione della stessa.

Luogo e data

**TIMBRO E FIRMA  
 DEL LEGALE RAPPRESENTANTE  
 DELL'IMPRESA**

**NB:**

IN CASO DI DISCORDANZA TRA IL PREZZO ESPRESSO IN CIFRE E QUELLO ESPRESSO IN LETTERE, VERRA' CONSIDERATO VALIDO QUELLO PIU' FAVOREVOLE ALL'AMMINISTRAZIONE.

Si precisa che l'importo complessivo stimato derivante dalla compilazione della presente tabella ha carattere presuntivo e non è in alcun modo vincolante per l'ASL CN1, avendo il solo scopo di consentire un raffronto fra le offerte presentate. Il valore del contratto sarà, infatti, determinato dalle prestazioni effettivamente richieste, senza che ciò comporti alcun tipo di responsabilità, neanche precontrattuale, a carico della committente, e senza che le ditte partecipanti e la ditta aggiudicataria possano vantare titolo ad alcun risarcimento e/o indennizzo di sorte, nel caso di servizio avente valore complessivo inferiore a quello sopra delineato.

La presente dichiarazione deve essere corredata da copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità

Ogni pagina del presente modulo dovrà essere corredata di timbro della società e sigla del legale rappresentante/procuratore. Qualora la documentazione venga sottoscritta dal "procuratore/i" della società ed dovrà essere allegata copia della relativa procura notarile (GENERALE O SPECIALE) o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza.



---

---





---

---