

**PROCEDURA APERTA PER L'AGGIUDICAZIONE, TRAMITE ACCORDO
QUADRO, DELLA FORNITURA DI ARREDI SANITARI E NON SANITARI PER
L'ASL ROMA I**

ALLEGATO 3 – SCHEMA DI OFFERTA ECONOMICA

Lotto I

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I,

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	
1	1	barella base ad altezza variabile	100	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
2	1	barella da trasporto con sistema di riduzione da sforzo e di spinta	50	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
3	1	accessori per barella	10	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
4	1	accessori per barella	10	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
5	1	accessori per barella	10	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
6	1	accessori per barella	10	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
7	1	accessori per barella	10	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

8	1	accessori per barella	10	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
9	1	Slider	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
10	1	slider cover	4150	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
11	1	carrozzina	415	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
12	1	deambulatore con appoggio antibrachiale	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
13	1	deambulatore con appoggio ascellare	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____,____ (_____/____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 2

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)
14	2 Fasciatoio con piano di lavoro	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
15	2 Mobile lavabo con fasciatoio	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
16	2 Portarotolo carta a muro	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
17	2 lettino da visita ad altezza variabile oleodinamico	166	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
18	2 Lettino da visita ginecologico	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
19	2 Piantana portaflebo	166	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

20	2	Piantana portaflebo/lavaggio vescicale	2	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
21	2	Predellino	166	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____,____ (_____/____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 3

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I,

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	
22	3	Carrello base a 2 ripiani	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
23	3	Carrello prelievi	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
24	3	Carrello base a due ripiani con portata maggiore	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
25	3	Carrello in acciaio a tre ripiani	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
26	3	Carrello piccolo in acciaio a due ripiani	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
27	3	Carrello medicazione di base - cm 60	166	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

28	3	Carrello medicazione di base cm 90	166	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
29	3	Carrello emergenza	166	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
30	3	Carrello porta-cartelle a scomparti cm 70	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
31	3	Carrello porta cartelle a scomparti - cm 90	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
32	3	Carrello igiene del malato	208	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
33	3	Carrello servitore	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
34	3	Carrello servitore da sala operatoria	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
35	3	Accessori carrello – CASSETTO	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____, (_____ / _____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 4

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)
36	4 Armadio degenza a un posto	249	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
37	4 Armadio degenza a due posti	5013	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
38	4 Armadio degenza a tre posti	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
39	4 Comodino monofronte con tavolo servitore incorporato	208	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
40	4 Comodino bifronte con tavolo servitore	457	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		incorporato					
41	4	Comodino bifronte con tavolo separato	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
42		Comodino monofronte con tavolo servitore incorporato e frigorifero	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
43	4	Poltrona relax con braccioli	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
44	4	Poltrona relax con braccioli su ruote	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
45	4	Poltrona relax con movimentazioni indipendenti	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
46	4	Poltrona allattamento	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
47	4	Poltrona letto singolo	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
48	4	Tavolo degenza a parete a ribalta	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
49	4	Mobiletto odontoiatrico/otorino	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
50	4	Tavolino servitore	623	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
51	4	Tavolo degenza rettangolare	208	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
52	4	Tavolo madre camera	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		operatoria					
53	4	Tavolo quadrato da soggiorno	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
54	4	Tavolo rotondo da soggiorno	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
55	4	Armadio farmacia	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
56	4	Armadio spogliatoio a doppio scomparto (sporco/pulito) ad 1 posto	208	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
57	4	Armadio spogliatoio a doppio scomparto (sporco/pulito) a 2 posti	623	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
58	4	Sedute con braccioli da degenza/visitatore (non imbottita)	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
59	4	Seduta senza braccioli da degenza/visitatore (non imbottita)	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
60	4	Poltrona per prelievo, vaccini e trasfusioni e prelievi	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
61	4	Sgabello con spalliera altezza variabile senza ruote con anello poggia	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		piedi					
62	4	Sgabello altezza variabile senza ruote	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
63	4	Sgabello altezza variabile senza ruote con anello poggia piedi	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
64	4	sgabelli altezza variabile con ruote	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
65	4	Sgabello altezza variabile con ruote e anello poggia piedi	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
66	4	Sgabello con spalliera altezza variabile con ruote con anello poggia piedi	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
67	4	Sgabello in lega leggera con ruote regolabile a vite	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
68	4	Sgabello in lega leggera senza ruote regolabile	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
69	4	Attaccapanni 2 posti	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
70	4	Attaccapanni 3 posti	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
71	4	Armadio casellario a quattro/cinque vani	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
72	4	Armadio casellario a	208	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		otto/dieci vani					
73	4	Paravento	415	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
74	4	Bilancia pesapersona	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
75	4	Bilancia pesa persone con altimetro	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____,____ (_____ / ____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 5

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I,

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)
	PARETI ATTREZZATE MODULARE CONFIGURAZIONE TIPO (A)					
76	5 Colonna con anta a vetro per ripiani - cm 45	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
77	5 Colonna con anta a vetro per ripiani - cm 60	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
78	5 Colonna con anta a vetro per ripiani cm 90	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
79	5 Colonna con anta a vetro per Vassoi ISO - cm 45	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
80	5 Colonna con anta a vetro	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		per Vassoi ISO - cm 60					
81	5	Colonna con anta cieca per ripiani - cm 45	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
82	5	Colonna con anta cieca per ripiani - cm 60	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
83	5	Colonna con anta cieca per ripiani - cm 90	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
84	5	Colonna su ruote con serranda e ripiani	17	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
85	5	Colonna su ruote con serranda per Vassoi ISO	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
86	5	Colonna con anta cieca per Vassoi ISO – cm 45	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
87	5	Colonna con anta cieca per Vassoi ISO - cm 60	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
88	5	Base con ante scorrevoli cieche	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
89	5	Base con anta cieca per ripiani - cm 45	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
90	5	Base con anta cieca per ripiani - cm 60	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
91	5	Base con anta cieca per ripiani - cm 90	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

92	5	Base con 5 cassette	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
93	5	Base con 5 cassette per Vassoi ISO	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
94	5	Elemento superiore con anta cieca - cm 45	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
95	5	Elemento superiore con anta cieca - cm 60	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
96	5	Elemento superiore con anta cieca - cm 90	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
97	5	Elemento superiore con anta a vetro	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
98	5	Vassoi ISO piccoli	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
99	5	Vassoi ISO medi	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
		PARETI ATTREZZATE MODULARE CONFIGURAZIONE TIPO (B)					
100	5	Colonna con anta a vetro per ripiani - cm 45	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
101	5	Colonna con anta a vetro per ripiani - cm 60	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
102	5	Colonna con anta a vetro per Vassoi ISO - cm 60	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
103	5	Colonna con anta cieca per ripiani - cm 45	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

104	5	Colonna con anta cieca per ripiani - cm 60	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
105	5	Colonna con anta cieca per ripiani - cm 90	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
106	5	Colonna con anta cieca per Vassoi ISO - cm 60	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
107	5	Base con ante scorrevoli cieche	50	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
108	5	Base con anta cieca per ripiani - cm 45	50	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
109	5	Base con anta cieca per ripiani - cm 60	50	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
110	5	Base con anta cieca per ripiani - cm 90	50	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
111	5	Base con 5 cassette	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
112	5	Base con 5 cassette per Vassoi ISO	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
113	5	Elemento superiore con anta cieca - cm 45	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
114	5	Elemento superiore con anta cieca - cm 60	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
115	5	Elemento superiore con anta cieca - cm 90	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
116	5	Elemento superiore con anta a vetro cm 45	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

117	5	Elemento superiore con anta a vetro cm 60	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
118	5	Pensile con anta cieca - cm 45	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
119	5	Pensile con anta cieca - cm 60	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
120	5	Pensile con anta cieca - cm 90	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
121	5	Pensile con anta a vetro - cm 45	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
122	5	Pensile con anta a vetro - cm 60	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
123	5	Vassoi ISO piccoli	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
		CUCINE					
125	5	Base con lavello	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
126	5	Base senza lavello	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
127	5	Cassettiera	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
128	5	Colonna - cm 45	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
129	5	Colonna - cm 60	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
130	5	Pensile - cm 45	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
131	5	Pensile - cm 60	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
132	5	Piastra elettrica	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
133	5	Pensile con scolapiatti - cm 45	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

134	5	Pensile con scolapiatti - cm 90	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
135	5	Top per cucine e pareti attrezzate	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____,____ (_____/____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 6

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I,

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)
	PARETI ATTREZZATE MODULARI DA SALA OPERATORIA (C)					
136	6 Colonna con anta a vetro per ripiani - cm 45	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
137	6 Colonna con anta a vetro per ripiani - cm 60	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
138	6 Colonna con anta a vetro per ripiani - cm 90	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
139	6 Colonne con ante a vetro per vassoi - cm 60	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
140	6 Base con anta cieca per	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		ripiani - cm 45					
141	6	Base con anta cieca per ripiani - cm 60	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
142	6	Base con anta cieca per ripiani - cm 90	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
143	6	Portacateteri 16 ganci	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
144	6	Portacateteri 24 ganci	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
145	6	Colonna con serranda e ripiani	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
146	6	Colonna con serranda per Vassoi ISO	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
147	6	Elemento superiore a serranda	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
148	6	Vano basso a serranda	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
149	6	Vassoi ISO	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
150	6	Vassoi ISO	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
151	6	Banconi tecnici attrezzati a metro	17	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
152	6	Top per pareti attrezzate	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
153	6	Lavabo per recovery room	2	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
154	6	Lavello in acciaio	25	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

155	6	Lavello in acciaio	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
156	6	Armadio Tecnico in alluminio 90 x 45 x 200 h	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
157	6	Armadio Tecnico in alluminio 60 x 45 x 90 h	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
158	6	Armadi su ruote	17	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
159	6	Armadi su ruote	17	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
160	6	Armadi tecnici su ruote	25	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
161	6	Armadio rastrelliera per emodinamica/radiologia interventistica	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
162	6	Armadio Tecnico in alluminio	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
163	6	Armadio vetrina per sala operatoria	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
164	6	Armadio vetrina per sala operatoria	17	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
165	6	Armadio vetrina per sala operatoria	17	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____, __ (_____ / __);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 7

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	
166	7	Tenda montata su telescopio	166	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
167	7	Tenda montata su carrello	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali					€ _____,____	Euro _____,____	
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali					€ _____,____	Euro _____,____	

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____, (_____ / ____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 8

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I,

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	
168	8	Angolo di raccordo 90°	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
169	8	Scrivania	33	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
170	8	Scrivania	33	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
171	8	Mobile porta pc con ruote	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
172	8	Scrivania da 100 cm	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
173	8	Scrivania 120 cm	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
174	8	Scrivania da 140 cm	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
175	8	Scrivania da 160 cm	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
176	8	Scrivania da 180 cm	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

177	8	Scrivania sagomata	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
178	8	Scrivania sagomata	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
179	8	Scrivania sagomata	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
180	8	Tavolo riunione	33	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
181	8	Tavolo riunione	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
182	8	Tavolo riunione	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
183	8	Tavolo riunione	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
184	8	Tavolo riunione	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
185	8	Tavolo riunione	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
186	8	Tavolo riunione tondo	33	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
187	8	Tavolo riunione tondo	33	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
188	8	Tavolo riunione tondo	33	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
189	8	Tavolo riunione ovale	33	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
190	8	Tavolo riunione ovale	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
191	8	Tavolino sala attesa	50	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
192	8	Tavolino sala attesa	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
193	8	Desk	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
194	8	Desk	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

195	8	Desk	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
196	8	Cassettiera in legno	249	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
197	8	Armadio di legno con due ante cieche – tre ripiani	166	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
198	8	Armadio di legno a giorno – tre ripiani	33	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
199	8	Armadio di legno con tre ante cieche – sei ripiani 1 divisorio	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
200	8	Armadio di legno con due ante cieche – quattro ripiani	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
201	8	Armadio di legno a giorno – quattro ripiani	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
202	8	Armadio di legno con quattro ante (2 superiori vetro temperato di circa cm 130 e 2 inferiori cieche) – sei ripiani	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
203	8	Armadio di legno a giorno – sei ripiani	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
204	8	Armadio di legno con 4 ante cieche di cui 2 superiori e 2 inferiori -	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		quattro ripiani					
205	8	Armadio di legno con due ante cieche – un ripiano e top superiore	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
206	8	Appendiabiti a stelo con portaombrelli e sgocciolatoio	166	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
207	8	Lampade tavolo	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
208	8	Lampade da terra	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____,____ (_____ / ____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 9

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I,

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)
209	9 Armadio di metallo con due ante a battente quattro ripiani	104	€ _____,_____	Euro _____,_____	€ _____,_____	Euro _____,_____
210	9 Armadio di metallo con due ante a battente – un ripiano	21	€ _____,_____	Euro _____,_____	€ _____,_____	Euro _____,_____
211	9 Armadio di metallo ante scorrevoli cieche	62	€ _____,_____	Euro _____,_____	€ _____,_____	Euro _____,_____
212	9 Armadio di metallo ante scorrevoli cieche	62	€ _____,_____	Euro _____,_____	€ _____,_____	Euro _____,_____
213	9 Armadio di metallo ante	50	€ _____,_____	Euro _____,_____	€ _____,_____	Euro _____,_____

		scorrevoli cieche					
214	9	Armadio di metallo ante scorrevoli cieche	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
215	9	Armadio di metallo ante scorrevoli cieche	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
216	9	Armadio di metallo ante scorrevoli cieche	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
217	9	Armadio di metallo ante scorrevoli cieche	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
218	9	Armadio di metallo ante scorrevoli vetro	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
219	9	Armadio di metallo ante scorrevoli vetro	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
220	9	Armadio di metallo ante scorrevoli vetro	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
221	9	Armadio di metallo ante scorrevoli vetro	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
222	9	Armadio di sicurezza	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
223	9	Armadio blindato	17	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
224	9	Cardex	1	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
225	9	Cardex	1	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
226	9	Cardex	1	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

227	9	Distuggi documenti	10	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
228	9	Scaffalatura in metallo a giorno	75	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
229	9	Scaffalatura in metallo a giorno	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
230	9	Scaffalatura in metallo a giorno	50	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
231	9	scala per archivio	12	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
232	9	specchi bagno/spogliatoio	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____,____ (_____ / ____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 10

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I,

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)
233	10 Poltrona operativa su ruote con braccioli in similpelle	2075	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
234	10 Seduta direzionale	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
235	10 Seduta operativa ad elevata portata	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
236	10 Seduta fissa in similpelle con braccioli	125	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
237	10 Seduta fissa in similpelle con braccioli e tavoletta	415	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
238	10 Seduta fissa in similpelle	415	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		senza braccioli					
239	10	Seduta in similpelle fissa ospiti (direzionale) con braccioli	208	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
240	10	Seduta fissa di plastica con braccioli	2075	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
241	10	Seduta fissa di plastica con braccioli e tavoletta	208	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
242	10	Seduta fissa di plastica senza braccioli	208	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
243	10	Poltrona visitatore tipo divanetto a 1 posto	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
244	10	Poltrona visitatore tipo divanetto a 2 posti	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
245	10	Poltrona visitatore tipo divanetto a 3 posti	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
246	10	Sedute su trave in lamiera microforata 2 posti	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
247	10	Sedute su trave in lamiera microforata 3 posti	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
248	10	Sedute su trave in lamiera microforata 4 posti	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
249	10	Sedute su trave in lamiera	104	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		microforata 5 posti					
250	10	Panca spogliatoio	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
251	10	Panca spogliatoio	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
252	10	Panca spogliatoio	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
253	10	Cassaforti a muro	4	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____,____ (_____/____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto II

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I,

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)
255	11 Armadio guardaroba	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
256	11 Comodino residenziale	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
257	11 Elettrodomestici: forno	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
258	11 Elettrodomestico: asciugatrice	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
259	11 Elettrodomestico: cucinetta con forno	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
260	11 Elettrodomestico: frigorifero	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
261	11 Elettrodomestico:	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____

		lavastoviglie					
262	11	Elettrodomestico: lavatrice	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
263	11	Letto residenziale	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
264	11	Maniglioni di sicurezza	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
265	11	Maniglioni di sicurezza a pavimento	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
266	11	Orologio a muro	21	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
267	11	Pannello in plexiglass	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
268	11	Pannello in plexiglass	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
269	11	Pannello in plexiglass	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
270	11	Parete attrezzata soggiorno	8	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
271	11	Scarpiera	62	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
272	11	Sedia fissa in plexiglass	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
273	11	Sedia soggiorno	42	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
274	11	Separatore letto con tenda	83	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
275	11	Tenda a rullo	1245	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali						€ _____,____	Euro _____,____

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____, __ (_____ / __);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

Lotto 12

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura aperta per l'aggiudicazione, tramite accordo quadro, della fornitura di arredi sanitari e non sanitari per l'ASL ROMA I

OFFRE

Quali prezzi unitari per la fornitura:

ID	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE ANNUE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € (Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	PT – PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 4 cifre decimali) € Ptot = (Q x Pu)	
276	12	Letto degenza oleodinamico	70	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
277	12	Accessori letto - Asta porta flebo	10	€ _____,____	Euro _____,____	€ _____,____	Euro _____,____
VALORE ANNUO DELL'OFFERTA (VA = PT1+PT2+... PTn) - max 2 cifre decimali					€ _____,____	Euro _____,____	
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA (VA*3) - max 2 cifre decimali					€ _____,____	Euro _____,____	

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che, ai sensi dell'articolo 95, comma 10, d.lgs. 50/2016, il costo relativo alla sicurezza afferente all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa è pari a € _____, (_____ / ____);

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente