

**PROCEDURA APERTA PER AFFIDAMENTO SERVIZIO DI TRASPORTO
SANITARIO E NON SANITARIO PER LE ESIGENZE DELLA ASL ROMA I
SUDDIVISO IN DUE LOTTI:**

**SCHEMA OFFERTA ECONOMICA “BUSTA “C”
LOTTO I: TRASPORTO INFERMI IN AMBULANZA**

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome e nome)

nato a _____ (_____), il ____

(luogo) (prov.) (data)

residente a _____ (_____), Via _____, n. _

(luogo) (prov.) (indirizzo)

in nome del concorrente _____

con sede legale in _____ (_____),

Via _____, n. ____, CAP _____, Tel _____,

(luogo) (prov.) (indirizzo)

Fax _____, e-mail _____, Codice

Fiscale _____

Partita IVA _____

nella sua qualità di:

(barrare la casella che interessa)

- Titolare o Legale rappresentante
- Procuratore speciale / generale

DICHIARA

- che la presente offerta è irrevocabile ed impegnativa sino al 240 giorno successivo al termine ultimo di presentazione delle offerte e di aver preso visione di tutte le norme e disposizioni contenute nel Disciplinare di gara e in tutti i suoi allegati e nei documenti ivi richiamati e di accettarle senza condizione o riserva alcuna.
- che in caso di indicazione dell'offerta recante un numero di cifre decimali dopo la virgola superiore a due, saranno considerate esclusivamente le prime due cifre decimali, senza procedere ad alcun arrotondamento;

- che in caso di discordanza tra i prezzi unitari offerti indicati in cifre e quelli indicati in lettere, saranno ritenuti validi i prezzi unitari indicati in lettere;
- che allega alla presente dichiarazione la scheda di seguito richiesta, debitamente compilata;
- che l'importo complessivo delle misure di adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza da sostenere per l'esecuzione dell'appalto è pari ad € _____, __ = (_____ / __)
- che il costo della manodopera è pari ad € _____, __ = (_____ / __), conforme alle disposizioni vigenti in materia di costo del lavoro e congruo rispetto all'entità dei servizi oggetto di gara;
- che il prezzo offerto è onnicomprensivo di quanto previsto negli atti di gara.

Data _____

Firma _____

VALORE DELL'OFFERTA

TABELLA OFFERTA ECONOMICA LOTTO 1 -TRASPORTO INFERMI								
Tipologia mezzo		Servizio di stazionamento	Orario	Quantità mezzi (V)	Canone Mensile Iva escl. € (T)	Durata mesi (D)	Canone Totale Iva escl. € (VxTxD)	Punteggio
* Ambulanza tipo MSA	senza Rianimatore	Stazionamento presso ospedale San Filippo Neri e presso ospedale S. Spirito	H 24, L/D	2		24		
Totale Servizio di Stazionamento (1)								Max punti 13
Tipologia mezzo		Servizio trasporto infermi	Orario	Nr. Corse annuo presunto (Andata e Ritorno) (V)	Tariffa a corsa Andata e Ritorno (Iva esclusa) € (T)	Durata anni (D)	Costo Totale Iva escl. € (VxTxD)	Punteggio
Ambulanza tipo MSB	Equipaggio completo	Trasporto infermi entro GRA	H 24, L/D	13600		2		
	con OSS	Trasporto infermi entro GRA	H 24, L/D	110		2		
Ambulanza tipo MSA	con Rianimatore	Trasporto infermi entro GRA	H 24, L/D	400		2		
	senza Rianimatore	Trasporto infermi entro GRA	H 24, L/D	40		2		
	con Rianimatore	Trasporto infermi verso paese estero	H 24, L/D	6		2		
Totale Servizio Trasporto infermi (2)								Max Punti 15
Tipologia mezzo		Altri costi variabili	Unità di misura	Volume previsto annuale (V)	Tariffa unitaria (T)	Durata anni (D)	Costo Totale Iva escl. € (VxTxD)	Punteggio

Procedura aperta per l'affidamento dei servizi di trasporto sanitario e non sanitario – Lotto 1

Ambulanza tipo MSB	Sosta del mezzo + equipaggio oltre 90 min	€ / minuto	42.000		2		
Ambulanza tipo MSA	Sosta del mezzo + equipaggio oltre 90 min	€ / minuto	21.000		2		
Ambulanza tipo MSB - MSA	Km percorsi oltre GRA	€ / Km	10.000		2		
Totale costi variabili (3)							Max Punti 2
TOTALE (1 + 2 + 3)							Totale punti 30

* Il canone, in caso di riduzione delle ambulanze da 2 a 1, sarà dimezzato

Data _____

Firma _____