***ALLEGATO 3 SCHEMA DI OFFERTA ECONOMICA***

**All’ASST Centro Specialistico Ortopedico Gaetano Pini-CTO ”**

**Piazza C. Ferrari, 1**

**20122 – MILANO**

**PROCEDURA TELEMATICA SU PIATTAFORMA SINTEL PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA IN NOLEGGIO DI N. 1 MICROSCOPIO OTTICO OPERATORIO DA DESTINARE ALLA UOS CHIRURGIA DELLA MANO DEL BLOCCO OPERATORIO DELL’ASST G. PINI-CTO P.O. DI VIA BIGNAMI N. 1, MILANO, EX ART. 1, COMMA 2, LETT. B, LEGGE 11 SETTEMBRE 2020, N. 120. CIG 8903780FAE.**

Il sottoscritto …………………………………………, nato a …………….……………………il ………..……….……, residente a ………..…………..………….… in Via .…………………………………………….…….…, in qualità di ………………………………..……………della Società…………………………………………………..….. con sede in legale in ………………………...., via ...................................................................... e amministrativa in……..………, via ..........................................., Tel. ………………………. Fax.………………… e-mail………………………………………. P.E.C. ……………………………….., con Codice Fiscale n…………………………..……….………, Partita IVA n……………………………………. Ufficio Agenzia delle Entrate territorialmente competente …..…………………………..con sede in Piazza/Via ……………….……………………., Cap……………….,

**DICHIARA**

* che la stima dei costi aziendali concernenti l’adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (art. 95, comma 10, D. Lgs. n. 50/2016), inerente l’intero periodo di vigenza del contratto, ammonta a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(campo b);***
* che la stima del costo del personale (art. 95, comma 10, D. Lgs. n. 50/2016), inerente l’intero periodo di vigenza del contratto, ammonta a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(campo c);***

**OFFRE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Descrizione Fornitura*** | **Oneri della sicurezza derivanti da interferenza**  **(campo d)** | **Durata**  **(x)** | **Importo Mensile**  **(y)** | **Importo Complessivo \*¹ offerto**  **(X\*y)**  **(campo a)** |
| **Fornitura in noleggio di un Microscopio Ottico Operatorio da destinare alla UOS Chirurgia della mano del blocco operatorio dell’ASST G. Pini-CTO – P.O. di via Bignami n. 1, Milano** | **€ 0,00** | **60 mesi** | **€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Nota \*¹ l’importo inserito dovrà corrispondere all’importo in piattaforma **campo a “Offerta economica**”

Validità dell’offerta 180 gg.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dati identificativi del soggetto sottoscrittore

*Firmato digitalmente*