Spett.le

IPA Istituto di Previdenza e Assistenza

per i dipendenti di Roma Capitale

Via Francesco Negri, 11 - 00154 Roma

**OGGETTO: Offerta economica relativa alla procedura di gara mediante RDO MEPA ID N. 2728283 fornitura di DPI necessari a tutti gli operatori delle sedi dell’IPA - CIG 85937288AF**

Il/La sottoscritto/a Luogo di nascita Data di nascita Codice fiscale: Residente in Prov. CAP Via

In qualità di legale rappresentante dell’Operatore economico:

Denominazione e Tipologia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale P.IVA Domicilio e legale in Prov. \_\_\_\_CAP Via/Piazza Tel. Fax Email

Ai fini della partecipazione alla RDO in oggetto,

**FORMULA LA SEGUENTE OFFERTA ECONOMICA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione**  | **Importo****a base d’asta** | **Importo Offerto****(In cifre)** | **Importo Offerto****(In lettere)** | **Ribasso %** |
| **fornitura di DPI** |  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **CONFEZ.TO** | **Q.TA'** | **PREZZI UNITARI** | **PREZZI COMPLESSIVI** |
| **CUFFIE MONOUSO VERDE C/ELAS. PZ 100** | **box 100 pz** | **38** |  |  |
| **COPRISCARPE** | **box 100 pz** | **80** |  |  |
| **CAMICI MONOUSO** | **box 50 pz** | **60** |  |  |
| **GUANTI IN NITRILE S/POLVERE tg VARIE** | **box 100 pz** | **650** |  |  |
| **GUANTI LATTICE S/POLVERE tg VARIE** | **box 100 pz** | **230** |  |  |
| **GUANTI STERILI S/POLVERE MIS. 7,5** | **box 50 paia** | **1** |  |  |
| **MASCHERINE CHIRURGICHE 3 STRATI** | **pz** | **13.000** |  |  |
| **TUTE BIOCONTENIMENTO**  | **pz** | **2.000** |  |  |
| **MASCHERINE FFP2** | **pz** | **11.500** |  |  |
| **VISIERA PIENOFACCIALE**  | **pz** | **100** |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |

Gli importi indicati sono da intendersi IVA esclusa.

Ai sensi dell’art. 95 Co. Del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. l’offerente indica i propri costi della manodopera e gli oneri aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro:

1. costi della manodopera: ………………………………………….
2. oneri aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro: ………………………………………………………..

A tal proposito, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni mendaci, esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti al vero,

**DICHIARA**

* **che i materiali offerti sono già nella propria disponibilità al momento della formulazione della presente offerta**;
* che l’importo offerto è remunerativo e comprensivo di quanto serve per la regolare esecuzione della fornitura e tiene conto di tutte le condizioni, delle circostanze generali e particolari, nonché di tutti gli oneri e obblighi previsti dalla vigente legislazione;
* che nel formulare l’offerta riferita all’appalto di cui trattasi, ha tenuto conto del costo individuato in base ai valori economici deducibili dalla contrattazione collettiva e di avere correttamente adempiuto, all’interno della propria impresa, agli obblighi di sicurezza derivanti dal D. Lgs. n. 81/2008;
* che ai sensi dell’art. 26, comma 1, lettera a), punto 2 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., è in possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale in relazione ai lavori, ai servizi e alle forniture oggetto dell’appalto soprarichiamati;
* che con l’importo offerto sono interamente compensati tutti gli oneri, inerenti e conseguenti all’esecuzione della fornitura;
* di avere tenuto conto, nel formulare la propria offerta di eventuale maggiorazione per lievitazione dei prezzi che dovessero intervenire durante l’esecuzione delle prestazioni;

# DICHIARA ALTRESÌ

# di accettare tutti i termini e le condizioni specificate nei documenti di gara, e in particolare nell’allegato “CONDIZIONI DI FORNITURA DPI”;

# che l'offerta è irrevocabile e vincolante fino al 180° (cento ottantesimo) giorno dopo il termine ultimo previsto per la presentazione delle offerte;

# che, in caso di aggiudicazione, si impegna a mantenere invariato il prezzo offerto fino al completamento della fornitura;

# di essere consapevole che tale offerta non è vincolante in alcun modo nei confronti dell’IPA Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale;

# di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (DOCUMENTO FIRMATO DIGITALEMTE AI SENSI DEL D. LGS. 82/2005)