

**Il testo italiano è una traduzione da quello originale in lingua inglese per consentire una maggiore fruibilità dello stesso da parte dei concorrenti interessati. In caso di dubbio, disputa o involontario errore o omissione, farà fede il testo in inglese.**

**GARA D'APPALTO CON PROCEDURA APERTA PER LA SELEZIONE DI UN CENTRO MEDICO  
E DI SERVIZI MEDICI PER L'ISTITUTO UNIVERSITARIO EUROPEO**

**OFFERTA ECONOMICA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, con codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
della società/R.T.I./Consorzio \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
e sede amministrativa in \_\_\_\_\_

**PRESENTA LA SEGUENTE OFFERTA ECONOMICA:**

(I prezzi devono essere IVA esclusa, poiché l'Istituto, nel normale corso delle attività, è esente dal pagamento dell'imposta sul valore aggiunto per i servizi e gli acquisti di importi superiori a €300,00 (ai sensi dell'Articolo 72, comma 1-e e comma 2 del D.P.R. 633 del 26/10/1972 e successive modifiche)

**A. Visita pre-assunzione (MAX 8/30 punti)**

*Il punteggio verrà assegnato considerando il costo totale dei servizi selezionati*

Tipo di servizio quotato		Costo espresso in Euro
1	Test di laboratorio	€ .....
2	Elettrocardiogramma a riposo	€ .....
3	Visita oftalmologica	€ .....
4	Visita medica	€ .....
Costo Sub-totale		€ .....
Servizio aggiuntivo/opzionale		
5	Anticorpi anti-HIV	€ .....
Totale costo visita medica (servizio aggiuntivo/opzionale incluso)		€ .....

**B. Visita annuale (MAX 8/30 punti)**

Il punteggio verrà assegnato considerando il costo totale dei servizi selezionati

Tipo di servizio quotato		Costo espresso in Euro
1	Test di laboratorio	€ .....
2	Elettrocardiogramma a riposo	€ .....
3	Visita medica	€ .....
Costo Sub-totale		€ .....
Servizio aggiuntivo/opzionale		
4	Anticorpi anti-HIV	€ .....
5	Visita oftalmologica	€ .....
6	Visita ortopedica	€ .....
Totale costo visita medica (servizio aggiuntivo/opzionale incluso)		€ .....

**C. Medico del Lavoro (MAX 4/30 punti):**

Prezzo unitario del servizio descritto nell'Articolo 2.5 del Capitolato d'Appalto

Tipo di servizio	Prezzo offerto
Visita	€ .....
Consulto	€ .....
Consulto oltre il normale orario lavorativo (ad. esempio emergenze, fine settimana, festivi, ecc.)	€ .....
Totale costo	€ .....

**D. Pediatra (MAX 4/30 punti):**

Prezzo unitario del servizio descritto nell'Articolo 2.6 del Capitolato d'Appalto

Tipo di servizio	Prezzo offerto
Visita	€ .....
Consulto	€ .....
Consulto oltre l'orario lavorativo (ad. esempio emergenze, fine settimana, festivi, ecc.)	€ .....
Totale costo	€ .....

**E. Psichiatra (MAX 4/30 punti):**

Prezzo unitario del servizio descritto nell'Articolo 2.7 del Capitolato d'Appalto

Tipo di servizio	Prezzo offerto
Visita	€ .....
Consulto	€ .....
Consulto oltre l'orario lavorativo (ad.	€ .....

Nome del concorrente: \_\_\_\_\_

Allegato II B – Modulo per l'offerta economica

esempio emergenze, fine settimana, festivi, ecc.)	
Totale costo	€ .....

**F. Servizi aggiuntivi (corsi, ecc.) (MAX 2/30 punti):**

Prezzo unitario del servizio descritto nell'Articolo 2.8 del Capitolato d'Appalto

Tipo di servizio	Prezzo offerto
Prezzo orario (ad esempio corsi, ecc.)	€ .....
Prezzo per consegna (ad esempio brochure, ecc.)	€ .....
Totale costo	€ .....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante Legale \_\_\_\_\_

**Si allega alla presente dichiarazione una fotocopia non autenticata di un documento d'identità valido del firmatario.**