



Servizio Sanitario Nazionale  
Azienda Ospedaliera Di Rilievo Nazionale  
"SANTOBONO PAUSILIPON"  
Via Teresa Ravaschieri, 8  
(già Via della Croce Rossa, 8) - 80122 NAPOLI

ALLEGATO n. 4 alla lettera d'invito

**OGGETTO:** Procedura negoziata, ai sensi dell'art. 76, comma 2, lettera b), D.lgs. 36/2023 per la fornitura con posa in opera di n. 1 sistema di visualizzazione intra operatoria integrato con microscopio operatorio con motore robotizzato, esoscopio ed endoscopio comprensiva di materiale di consumo per n. 3 anni e di assistenza e manutenzione full risk per n. 24 mesi– importo complessivo a base di gara € 417.519,00 oltre IVA, oltre iva finanziati con fondi POR-Campania FESR 2014-2020 – Asse I – Obiettivo 1.6 - CUP: H69I23000220006

*Offerta economica (in bollo)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
domiciliato per la carica ove appresso, in qualità di <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
dell'impresa \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_  
Partita iva \_\_\_\_\_  
in qualità di <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**OFFRE**

**a) L'importo complessivo della fornitura iva esclusa per n. 1 sistema di visualizzazione intra operatoria integrato con microscopio operatorio con motore robotizzato, esoscopio ed endoscopio (in lettere e cifre)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A1) L'importo complessivo della fornitura iva esclusa per n. 450 cappe sterili da fornire in somministrazione (in lettere e cifre)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**b) L'importo complessivo della manutenzione ed assistenza full risk per almeno n. 24 mesi è di € (in lettere e cifre)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La dichiarazione deve essere effettuata da un legale rappresentante o da un procuratore speciale. In quest'ultimo caso deve essere fornito dall'impresa la procura speciale da cui trae i poteri di firma.

<sup>2</sup> Inserire la dicitura opportuna tra: "Impresa singola" o "Capogruppo di ATI composta dalle imprese (inserire il loro nominativo)" o "mandante di ATI composta dalle imprese (inserire il loro nominativo)"



Servizio Sanitario Nazionale  
Azienda Ospedaliera Di Rilievo Nazionale  
“**SANTOBONO PAUSILIPON**”  
Via Teresa Ravaschieri, 8  
(già Via della Croce Rossa, 8) - 80122 NAPOLI

**ALLEGATO n. 4 alla lettera d'invito**

---

Importo complessivo offerto (A+B): € (in lettere e cifre)

---

ed inoltre:

- descrizione del prodotto offerto;
- codice del prodotto;
- numero di repertorio RDM
- unità per confezionamento secondario (*confezione di vendita*),
- prezzo unitario di listino, (*in cifre e in lettere*)
- sconto sul prezzo unitario di listino (*in cifre e in lettere*),
- aliquota IVA di riferimento.

**Dichiara che:**

- Il prezzo complessivo indicato è riferito all'intera fornitura, franco di ogni onere e di ogni rischio per imballo e trasporto, collaudo incluso;
- L'offerta ha validità di almeno 365 giorni;
- I costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro sono i seguenti ex art. 108 comma 9 del Dlgs 36/2023 € \_\_\_\_\_;
- Che lo sconto o gli sconti distinti per tipologia di materiale o per singoli listini che è disposto a praticare per l'eventuale fornitura di prodotti del medesimo genere di quelli per i quali si produce offerta è il seguente \_\_\_\_\_%/ o i seguenti \_\_\_\_\_% (allegare listino prodotti analoghi);
- Si avvisano i concorrenti che in caso di ATI o consorzio non ancora costituiti l'offerta deve essere sottoscritta a pena di esclusione da tutti i legali rappresentanti delle imprese interessate.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

(sottoscrizione digitale)