



AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE  
**SANTOBONO – PAUSILIPON**  
**U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi**  
Via Teresa Ravaschieri n. 8  
(già Via della Croce Rossa n. 8)  
80122 Napoli  
C.F./P.I. 06854100630

### Allegato A3 – Modello offerta economica

Indizione di una procedura negoziata, ai sensi dell'art. 63, comma 2, lettera b), D.lgs. 50/2016 per la fornitura triennale in somministrazione di kit di fotoferesi comprensivo di servizio di noleggio full-risk del separatore irradiatore Therakos Cellex per procedure di fotoferesi per pazienti del TMO - Importo complessivo a base d'asta € 352.800,00 oltre IVA – Produttore: Mallinckrodt Pharmaceuticals Ireland Limited - Fornitore: "Therakos EMEA Limited", dichiarato infungibile dagli organi tecnici per le esigenze della U.O.S.D. S.I.T.– CIG 9808796A84

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> \_\_\_\_\_

<b>Offre</b>		
<b>Descrizione Lotto</b>	<b>Ribasso</b>	
A fornitura triennale in somministrazione di kit di fotoferesi comprensivo di servizio di noleggio full-risk del separatore irradiatore Therakos Cellex	Il seguente ribasso percentuale su Euro 352.800,00	% (in cifre) _____ (_____) _____ in lettere
	Che determina la seguente offerta	€ _____ oltre IVA (in cifre) (_____) _____ in lettere
Di cui:		
A1 noleggio full-risk triennale del separatore irradiatore Therakos Cellex		€ _____ oltre IVA (in cifre) (_____) _____ in lettere
A2 Materiale di consumo (di kit di fotoferesi) triennale		€ _____ oltre IVA (in cifre) (_____) _____ in lettere

#### Dichiara che:

- L'offerta ha validità di almeno 360 giorni;
- I costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi dell'art. 95, comma 10, D.lgs. 50/2016, sono i seguenti (cifre e lettere) \_\_\_\_\_;
- Il costo della manodopera per l'intera durata dell'appalto (cifre e lettere) \_\_\_\_\_;

<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)"



AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE  
**SANTOBONO – PAUSILIPON**  
**U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi**  
Via Teresa Ravaschieri n. 8  
(già Via della Croce Rossa n. 8)  
80122 Napoli  
C.F./P.I. 06854100630

- lo sconto o gli sconti distinti per tipologia di materiale o per singoli listini allegati in specifica sezione del SIAPS, 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 \_\_\_\_\_%
- allega il listino in vigore delle parti di ricambio, degli accessori opzionali e del materiale di consumo con riportata la percentuale di sconto da applicare agli eventuali ulteriori acquisti, che dovrà essere uguale a quella applicata sullo strumentario offerto.

In caso di ATI o consorzio non ancora costituiti l'offerta deve essere sottoscritta digitalmente a pena di esclusione da tutti i legali rappresentanti delle imprese interessate.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

L'Operatore economico

Si allega fotocopia di un documento d'identità, in corso di validità del dichiarante.