**MODELLO Offerta Economica**

All’AZIENDA Pubblica di Servizi alla Persona

del Distretto di Ponente

“ASP AZALEA”

 C.so Matteotti 124

29015 Castel San Giovanni (PC)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del/la Denominazione e Ragione Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OFFRE**

**il PREZZO complessivo per l’appalto (anni 5) pari ad €……………… (**in cifre)

 **…………….**  (in lettere)

*(il prezzo potrà essere espresso con un numero massimo di 2 decimali)*

da applicarsi sull’importo complessivo a base di gara per la durata quinquennale,I.V.A. ed oneri di sicurezza per rischi di natura interferenziale esclusi.

**DICHIARA**

* di aver tenuto conto, nel redigere l’offerta, degli obblighi connessi alle disposizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro, delle condizioni di lavoro, nonché l’impegno nell’espletamento della prestazione all’osservanza delle normative in materia e di aver quantificato complessivamente gli **oneri di sicurezza da rischio specifico o aziendale per un importo pari a**:

€ ………… (in cifre) ……………… (in lettere)

* che i propri **costi complessivi di manodopera sono pari a:**

€ ………… (in cifre) ……………… (in lettere)

* che i **valori unitari degli elementi di composizione del prezzo** **complessivo** sono i seguenti:

|  |
| --- |
| **Tabella A - Giornate alimentari** |
| **Voce di costo** | **Euro**  | **Ripartizione %** |
| Materie prime alimentari e non alimentari |  |  |
| Costo del lavoro |  |  |
| Costi sicurezza lavoratori |  |  |
| Costi generali e accessori (1) |  |  |
| Costi dotazioni tecnologiche, accessori |  |  |
| Costi per trasporto pasti |  |  |
| Costi eventuali migliorie offerte |  |  |
| Utile d’Impresa |  |  |
| **Totali** |  | 100% |

|  |
| --- |
| **Tabella B - Pasti (pranzi/cene)** |
| **Voce di costo** | **Euro** | **Ripartizione %** |
| Materie prime alimentari e non alimentari |  |  |
| Costo del lavoro |  |  |
| Costi sicurezza lavoratori |  |  |
| Costi generali e accessori (1) |  |  |
| Costi dotazioni tecnologiche, accessori |  |  |
| Costi per trasporto pasti |  |  |
| Costi eventuali migliorie offerte |  |  |
| Utile d’Impresa |  |  |
| **Totali** |  | 100% |

1. Il Concorrente indichi i costi ricompresi

Il concorrente verifichi che il totale della ripartizione % sia pari a 100

* Che i **valori unitari di costo risultanti per la giornata alimentare e per il pasto sono i seguenti:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1) Costo unitario esclusi oneri sicurezza per rischi di natura interferenziale | 2) Costo unitario oneri sicurezza per rischi di natura interferenziale | Costo unitario totale(1+2)  |
| **Giornata alimentare** | **€** | **€** | **€** |
| **Pasto** | **€** | **€** | **€** |

Data……………………………. TIMBRO E FIRMA

………………………….

N.B. In caso di A.T.I. o Consorzi di cui all’art. 45 comma 2 lettera e) del D.Lgs 18/04/2016 n. 50, il presente modulo dovrà essere compilato dal Legale Rappresentante della Capogruppo/Consorzio e sottoscritto da tutte le imprese associate/consorziate.