

DICHIARAZIONE DI OFFERTA TECNICA

**All'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici
di lavori, servizi e forniture**

Via di Ripetta, 246 – 00186 – Roma

CIG N. 4110665411

GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL “PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I DIPENDENTI DELL’AUTORITÀ PER LA VIGILANZA SUI CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE”.

Il/la sottoscritto/a

(cognome e nome)

nato a _____ (____), il _____

(luogo) (prov.) (data)

residente a _____ (____), Via _____, n. _____

(luogo) (prov.) (indirizzo)

in nome del concorrente “ _____ ”

con sede legale in _____ (____), Via _____, n. _____

(luogo) (prov.) (indirizzo)

nella sua qualità di:

(barrare la casella che interessa)

Titolare o Legale rappresentante

Procuratore speciale / generale

soggetto che partecipa alla gara in oggetto nella sua qualità di:

(barrare la casella che interessa)

Impresa individuale (lett. a, art. 34, D.Lgs. 163/2006);

Società (lett. a, art. 34, D.Lgs. 163/2006), specificare tipo _____;

Consorzio fra società cooperativa di produzione e lavoro (lett. b, art. 34, D.Lgs. 163/2006);

Consorzio tra imprese artigiane (lett. b, art. 34, D.Lgs. 163/2006);

Consorzio stabile (lett. c, art. 34, D.Lgs. 163/2006);

Mandataria di un raggruppamento temporaneo (lett. d, art. 34, D.Lgs. 163/2006)

tipo orizzontale

tipo verticale

costituito

non costituito;

- Mandataria di un consorzio ordinario (lett. e, art. 34, D.Lgs. 163/2006);
 - costituito
 - non costituito;
- GEIE (lett. f, art. 34, D.Lgs. 163/2006);

OFFRE

per l'appalto dei servizi in epigrafe: per l'appalto in epigrafe le varianti migliorative indicate nelle seguenti tabelle (A1, A2, A3, A4, A5, A6 e A7)

Tab. A1 (in alternativa barrare o cerchiare un solo sub punteggio e riportarlo in cifra come punteggio conseguito)

Attività di patronato	Sub punteggio tabellare	Punteggio massimo 5
Presenza presso le sedi di Via di Ripetta e Via Mancini: 4 volte al mese in ambedue le sedi	5	Punteggio conseguito _____
Presenza presso le sedi di Via di Ripetta e Via Mancini: 3 volte al mese in ambedue le sedi	4	
Presenza presso le sedi di Via di Ripetta e Via Mancini: 2 volte al mese in ambedue le sedi	2	
Presenza presso le sedi di Via di Ripetta e Via Mancini: 1 volta al mese in ambedue le sedi	0	

Tab. A2 (in alternativa barrare o cerchiare un solo sub punteggio e riportarlo in cifra come punteggio conseguito)

Tempi di definizione delle pratiche di rimborso	Sub punteggio tabellare	Punteggio massimo 5
Rimborso effettuato entro 20 giorni lavorativi dalla presentazione di tutta la documentazione necessaria	5	Punteggio conseguito _____
Rimborso effettuato entro 30 giorni lavorativi dalla presentazione di tutta la documentazione necessaria	4	
Rimborso effettuato entro 45 giorni lavorativi dalla presentazione di tutta la documentazione necessaria	2	
Rimborso effettuato entro 60 giorni lavorativi dalla presentazione di tutta la documentazione necessaria	0	

Tab. A3 (in alternativa barrare o cerchiare un solo sub punteggio e riportarlo in cifra come punteggio conseguito)

Aumento del massimale per cure oncologiche effettuate mediante servizio Sanitario Nazionale o mediante strutture sanitarie o medici convenzionati con la Società/Cassa (v. punto 7 del Capitolato)	Sub punteggio tabellare	Punteggio massimo 15
Fino a € 20.000,00	15	Punteggio conseguito —
Fino a € 16.000,00	10	
Fino a € 12.000,00	5	
€ 8.500,00	0	

Tab. A4 (in alternativa barrare o cerchiare un solo sub punteggio e riportarlo in cifra come punteggio conseguito)

Aumento del massimale per alta specializzazione per prestazioni effettuate mediante servizio Sanitario Nazionale o mediante strutture sanitarie o medici convenzionati con la Società/Cassa (v. punto 4 del capitolato)	Sub punteggio tabellare	Punteggio massimo 10
Fino a € 12.000,00	10	Punteggio conseguito —
Fino a € 10.000,00	8	
Fino a € 8.000,00	4	
€ 6.500,00	0	

Tab. A5 (in alternativa barrare o cerchiare un solo sub punteggio e riportarlo in cifra come punteggio conseguito)

Aumento dell'indennità sostitutiva (v. punto 3.7 del Capitolato)		Sub punteggio tabellare	Punteggio massimo 10
Fino a € 150,00 per ricovero	Fino a € 75 per Day Hospital	10	Punteggio conseguito —
Fino a € 120,00 per ricovero	Fino a € 60 per Day Hospital	6	
Fino a € 100,00 per ricovero	Fino a € 50 per Day Hospital	4	
€ 80,00 per ricovero	€ 40 per Day Hospital	0	

Tab. A6 (in alternativa barrare o cerchiare un solo sub punteggio e riportarlo in cifra come punteggio conseguito)

Aumento massimali esami finalizzati alla prevenzione (v. 9.1 del Capitolato)	Sub punteggio tabellare	Punteggio massimo 10
Fino a € 700,00	10	Punteggio conseguito —
Fino a € 600,00	5	
€ 500,00	0	

Tab. A7 (in alternativa barrare o cerchiare un solo sub punteggio e riportarlo in cifra come punteggio conseguito)

Aumento numero prestazioni esami finalizzati alla prevenzione (v. 9.2 del Capitolato)	Sub punteggio tabellare	Punteggio Massimo 5
n. 2 sedute di igiene orale	5	Punteggio conseguito _____
n. 1 seduta di igiene orale	0	

_____, li _____
(luogo, data)

Firma

(timbro e firma leggibile)

N.B.:In caso di raggruppamento temporaneo di concorrenti o consorzio ordinario di concorrenti, non ancora costituiti, ai sensi del comma 8, art. 37, D.Lgs. 163/2006, ai fini della sottoscrizione in solido dell'offerta, in rappresentanza dei soggetti concorrenti mandanti.

firma _____ per l'Impresa _____
(timbro e firma leggibile)

firma _____ per l'Impresa _____
(timbro e firma leggibile)

firma _____ per l'Impresa _____
(timbro e firma leggibile)

N.B. Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario.

N.B. **ogni pagina** del presente modulo dovrà essere corredato di **timbro della società e sigla del legale rappresentante/procuratore**
Qualora la documentazione venga sottoscritta dal "procuratore/i" della società, dovrà essere allegata copia della relativa procura notarile (GENERALE O SPECIALE) o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza.