

Allegato 6 al Documento di Consultazione

SERVIZIO DI LAVANDERIA/LAVANOLO

SEZIONE 1 - INFORMAZIONI GENERALI SUL CONTRATTO

Contratto	
Cig	
Data stipula contratto (gg/mm/aaaa)	
Importo complessivo contratto(Euro al netto di IVA)	
Durata contratto (in giorni)	
Procedura di scelta del contraente	☐ Procedura aperta ☐ Procedura ristretta ☐ Procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando ☐ Procedura negoziata previa pubblicazione del bando ☐ Dialogo competitivo ☐ Affidamento diretto ☐ Altro (specificare)
Criterio di aggiudicazione	☐ Massimo ribasso ☐ Offerta economicamente più vantaggiosa(OEPV) Indicare il rapporto qualità/prezzo/..... (solo nel caso di OEPV)
Codice Fiscale Aggiudicatario	
Data eventuale proroga (gg/mm/aaaa)	
Importo proroga (Euro al netto di IVA)	
Durata proroga (in giorni)	
Importo relativo all'impegno di spesa per il 2012	

Numero strutture servite dal contratto	AO [--]
	ASL [--]
	RSA [--]
	Altro [--]

Numero di posti letto effettivi della/e struttura/e servita/e dal contratto	AO [--] ASL [--] RSA [--] Altro [--]
Numero di dipendenti della/e struttura/e servita/e dal contratto – Operatori sanitari	AO [--] ASL [--] RSA [--] Altro [--]

SEZIONE 2 - INFORMAZIONI SPECIFICHE SULLE CONDIZIONI DEL SERVIZIO

1. Il servizio appaltato riguarda (è possibile selezionare una sola opzione):

- ☐ il servizio di ritiro, lavaggio, stiratura e distribuzione (biancheria di proprietà dell'ente appaltante);
- ☐ il servizio di lavanolo (oltre ai servizi previsti al punto precedente è previsto anche il noleggio della biancheria);
- ☐ altro (specificare)

2. Il contratto prevede dei corrispettivi specifici relativamente alle voci elencate? Se 'SI' indicare l'unità di misura del corrispettivo, se 'NO' indicarne la motivazione.

La lista delle opzioni sulle unità di misura si apre se la risposta è 'SI'. Se 'NO' viene visualizzato il quesito relativo alla motivazione.

- | | | |
|---|---|----|
| • Paziente in regime di ricovero ordinario | SI | NO |
| | ☐ A chilogrammo (KG) | |
| | ☐ A giornata di degenza ordinaria | |
| | ☐ A capo (tendina tipologia capo: lenzuola, federe, traverse, copriletto, altro - specificare) | |
| | ☐ Altro (specificare) | |
| • Paziente in Day Hospital (DH) | SI | NO |
| | ☐ A chilogrammo (KG) | |
| | ☐ A giornata di degenza DH | |
| | ☐ Altro (specificare) | |
| • Paziente in Day Surgery (DS) | SI | NO |
| | ☐ A chilogrammo (KG) | |
| | ☐ A giornata di degenza DS | |
| | ☐ Altro (specificare) | |
| • Paziente in RSA/centri diurni | SI | NO |
| | ☐ A chilogrammo (KG) | |
| | ☐ A giornata di degenza RSA/centri diurni | |
| | ☐ Altro (specificare) | |
| • Posto letto (costi fissi: es. materassi, guanciaie, ecc.) | SI | NO |
| | ☐ A posto letto | |
| | ☐ Altro (specificare) | |
| • Dipendente (operatore sanitario) | SI | NO |
| | ☐ A chilogrammo (KG) | |

- | | | |
|-----------------------------------|--|----|
| | ☐ Ad operatore sanitario al giorno
☐ A capo (tendina tipologia capo: pantaloni sala operatoria, casacche sala operatoria, camici sala operatoria, pantaloni, casacche, camici, magliette, altro-indicare)
☐ Altro (specificare) | |
| • Accessi di Pronto Soccorso (PS) | SI | NO |
| | ☐ Ad accesso PS
☐ Altro (specificare) | |
| • Trattamenti dialitici | SI | NO |
| | ☐ A trattamento dialitico
☐ Altro (specificare) | |
| • Altro (specificare) | SI | NO |
| | ☐ Altro (specificare) | |

Per i 'NO' si devono aprire le seguenti opzioni:

- ☐ Tale corrispettivo non è previsto in quanto il relativo servizio non fa parte del contratto
- ☐ Tale corrispettivo non è previsto dal contratto in quanto incluso nella quantificazione del corrispettivo a:

elenco voci quesito 2 con esclusione di quella per la quale si sta fornendo la risposta

3. I corrispettivi per i quali si è risposto 'SI' al quesito 2 sono comprensivi dei seguenti servizi aggiuntivi? Se la risposta è 'NO' indicarne la motivazione.

Si deve fare il quesito per ogni corrispettivo indicato al quesito 2.

Es.: Il corrispettivo relativo al 'paziente ordinario' comprende:

- | | | |
|---|----|-----|
| • la fornitura di qualche monouso | SI | NO |
| • oneri accessori di natura pertinente il servizio stesso: | | |
| guardaroba | SI | NO; |
| manutenzioni | SI | NO; |
| ristrutturazioni a carico dell'impresa | SI | NO; |
| attrezzature | SI | NO; |
| trasporto (valutare se già non incluso nella distribuzione) | SI | NO; |
| • altro (specificare) | SI | |

I 'SI' devono alimentare la colonna 4 del quesito 4.

Per i 'NO' si devono aprire le seguenti opzioni:

- ☐ Tale servizio aggiuntivo non è previsto dal contratto
- ☐ Tale servizio aggiuntivo è previsto dal contratto ma viene remunerato a parte

Euro

4. Per ogni voce rispetto alla quale si è risposto 'SI' al quesito 2 indicare: i corrispettivi unitari (ultimo aggiornamento ISTAT), i quantitativi presunti previsti dal capitolato, l'incidenza % dei servizi aggiuntivi sul corrispettivo unitario indicato.

la tabella sarà in parte alimentata (informazioni in grigio) in base alle risposte fornite ai quesiti 2 e 3-

Unità di misura (colonna precompilata in base alle risposte fornite ai quesiti 1 e 2)	Corrispettivo unitario – ultimo aggiornamento Istat (netto IVA)	Quantitativi presunti	Incidenza % servizi aggiuntivi sul corrispettivo unitario
Paziente ordinario			
A chilogrammo (KG)	Euro a KG	N. chilogrammi complessivi (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
A giornata di degenza ordinaria	Euro a giornata di degenza ordinaria	N. giornate di degenza (anno), n. cambi (settimana),	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
A capo	Euro a capo (tendina tipologie di capo: lenzuola, federe, traverse, copriletto, altro - specificare)	N. di capi (anno)(tendina tipologie di capo)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Altro (specificare)	Euro a	N. specificare	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Paziente in DH			
A chilogrammo (KG)	Euro a KG	N. chilogrammi complessivi (anno)	
A giornata di degenza DH	Euro a giornata di degenza DH	N. giornate di degenza DH (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Altro (specificare)	Euro a	N. specificare (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Paziente in DS			
A chilogrammo (KG)	Euro a KG	N. chilogrammi complessivi (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
A giornata di degenza DS	Euro a giornata di degenza DS	N. giornate di degenza DS	Elenco servizi 'SI'

		(anno)	quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Paziente in RSA/centri diurni			
A chilogrammo (KG)	Euro a KG	N. chilogrammi complessivi (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
A giornata di degenza RSA/centri diurni	Euro a giornata di degenza RSA/centri diurni	N. giornate di degenza RSA/centri diurni (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Altro (specificare)	Euro a		Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Costi fissi posto letto			
A posto letto/anno	Euro a posto letto/anno	N. posti letto	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Altro (specificare)	Euro a	N. specificare (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Dipendente			
A chilogrammo (KG)	Euro a KG	N. chilogrammi complessivi (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Ad operatore sanitario al giorno	Euro ad operatore sanitario al giorno (base annua di 365 gg)	N. operatori sanitari, N. di giornate di presenza (anno) previste n. cambi (settimana),	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
A capo	Euro a capo (tendina tipologia di capo: pantaloni sala operatoria, casacche sala operatoria, camici sala operatoria, pantaloni, casacche, camici, magliette, altro-specificare)	N. capi (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Altro (specificare)	Euro a	N. specificare (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Accessi al Pronto Soccorso (PS)			
Ad accesso PS	Euro ad accesso PS	N. accessi PS (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Altro (specificare)	Euro a	N. specificare (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Trattamenti dialitici			
A trattamento dialitico	Euro a trattamento dialitico	N. trattamenti dialitici	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni

			servizio inserire incidenza %)
Altro (specificare)	Euro a	N. trattamenti dialitici	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)
Altro			
Altro (specificare)	Euro a	N. specificare (anno)	Elenco servizi 'SI' quesito 2 (per ogni servizio inserire incidenza %)

5. La lavanderia è di proprietà:

- ☐ dell'azienda sanitaria
☐ dell'appaltatore

6. Il contratto prevede la disponibilità di magazzini e uffici presso la struttura sanitaria a carico della stazione appaltante?

- ☐ SI Euro
- ☐ NO

7. Note