

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Sicilia
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO



Viale della Vittoria 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407423 - 314- 311 Fax 0922/407309
P.I. e C.F. 02570930848

Modello Allegato "A"

All'ASP di Agrigento

Fax: _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in qualità di legale rappresentante della Ditta _____

con sede legale in _____ via _____

N° _____ Prov. _____ Cap _____ mail _____

numero di telefono _____ numero di fax _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

dopo aver preso visione ed accettato le condizioni riportate nella nota prot. n° _____ del
_____ avente per oggetto: *Indagine di mercato al fine di:*

- 1) *accertare la presenza di Ditte abilitate ad effettuare i lavori relativo alla modifica ed adeguamento degli impianti elettrici nell'U.O. di Pediatria del Presidio Ospedaliero di SCIACCA.*
- 2) *richiedere il relativo preventivo di spesa.*

Dichiara, ai sensi del D.P.R. N° 445 del 28/12/2000 s.m.i, che:

- ▲ le parti di ricambio saranno nuove ed originali e saranno esenti da vizi e difetti e saremo gli unici responsabili dei danni causati alle persone e/o cose in consegna di eventuali imperfezioni.
- ▲ l'intervento di riparazione sarà eseguito da tecnici specializzati nel settore, regolarmente abilitati.
- ▲ dopo l'intervento di riparazione, provvederemo alle verifiche di sicurezza elettrica secondo le normative vigenti in materia e consegneremo la relativa documentazione attestante l'esecuzione delle suddette verifiche.
- ▲ si impegna a proprio carico, al ritiro delle parti guaste sostituite e allo smaltimento degli stessi che avverrà a norma di legge dandone opportuna comunicazione all'Azienda.
- ▲ è in possesso di tutti i requisiti (compresi quelli di ordine generale di cui all'art. 38 del D.Lgs. n° 163/2006, idoneità e relative documentazioni necessarie (compresa l'iscrizione alla C.C.I.A.A. per la categoria merceologica inerente la riparazione in oggetto) per espletare tale riparazione a regola d'arte e secondo le vigenti norme di legge.
- ▲ è in possesso della capacità tecnico professionale di cui all'art. 42 comma 1 lettera a) del D.Lgs. n. 163/06.
- ▲ che ai fini della verifica della regolarità contributiva comunica che la propria dimensione aziendale in relazione al numero dei dipendenti occupati e di n. _____, che l'incidenza in percentuale della manodopera rispetto alle prestazioni oggetto dell'appalto è di _____%, che il Contratto Collettivo Nazionale applicato ai propri dipendenti (in caso

di pluralità di contratti collettivi indicare quello relativo all'appalto) è il seguente: _____, ed indica i seguenti numeri di iscrizione agli Enti Previdenziali ed Assistenziali:

INPS n. matricola _____ Sede _____;

INAIL n. Codice Ditta _____ Sede _____;

- ▲ è stato effettuato il sopralluogo presso l'U.O. Complesso Operatorio della S.O. San Giovanni di Dio di Agrigento, al fine di formulare l'offerta economica per la riparazione del guasto in oggetto.
- ▲ i prezzi e gli sconti a voi praticati sono in linea con quanto praticato ad altre Pubbliche Amministrazioni.
- ▲ non pretende nulla in termini di risarcimenti, rimborsi, indennizzi e mancati guadagni di ogni genere e a qualsiasi titolo.
- ▲ è a conoscenza ed accetta che la suddetta indagine di mercato non costituisce proposta contrattuale e non comporta alcun obbligo e/o impegno per l'Azienda, che si riserva, a suo insindacabile giudizio, di interrompere in qualsiasi momento il procedimento avviato, oppure di utilizzare i/il preventivi/o pervenuti/o per un eventuale successivo affidamento, senza che nessuno possa vantare alcuna pretesa e/o presentare reclami di nessun tipo e formula l'offerta economica come di seguito riportata (riempire ogni singola voce):

INTERVENTO DI RIPARAZIONE

Descrizione del guasto riscontrato	
Descrizione dell'intervento da eseguire	
Costo totale tutto incluso e nulla escluso comprensivo di IVA	
aliquota IVA	
Tempo di riparazione (dovrà essere immediata, pena l'esclusione)	
Condizioni di garanzia successiva alla riparazione effettuata (dovrà essere minimo di 12 mesi, pena l'esclusione)	
Validità dell' offerta	

Data _____

FIRMA e timbro del Legale Rappresentante

Si allega:- copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.