

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 impreseologica 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 | |
| comprendivo 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.