# INFORMAZIONI SULLA PROCEDURA

|  |  |
| --- | --- |
| **Amministrazione aggiudicatrice:** | ASL CITTA’ DI TORINO |
| **Oggetto dell’appalto:** | Affidamento del servizio assicurativo relativo alla copertura per infortuni per l’ASL Città di Torino |
| **Criterio di aggiudicazione:** | Offerta economicamente più vantaggiosa ex art. 95, comma 2, del D.Lgs 50/2016 |
| **CIG:** | 7119384D85 |

# INFORMAZIONI SULL’OPERATORE ECONOMICO

L’operatore economico dovrà indicare, per ogni riquadro, i dati richiesti. L’offerta dovrà essere formulata per la globalità del rischio, a pena di esclusione.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  | | |
| Luogo e data di nascita: |  | | |
| nella sua qualità di: |  | | |
| della Società: |  | | |
| con sede in |  | Via/Piazza |  |
| Telefono: |  | Fax: |  |
| Email: |  | PEC: |  |

**DICHIARA**

in nome e per conto della Società offerente, nonché delle eventuali Società Coassicuratrici/Mandanti sotto indicate, di esprimere la propria offerta economica avendo preso visione dell’intera documentazione di gara e di conoscere ed accettare in ogni loro parte le norme e condizioni contenute nel bando di gara, disciplinare di gara e nel capitolato speciale.

presenta la seguente offerta ECONOMICA

# RIQUADRO A – OFFERTA ECONOMICA

|  |  |
| --- | --- |
| PREMIO IMPONIBILE ANNUO | |
| In cifre | **€** |
| In lettere | **Euro** |
| PREMIO IMPONIBILECOMPLESSIVO DELL’APPALTO (rilevante ai fini dell’aggiudicazione) | |
| In cifre | **€** |
| In lettere | **Euro** |

* I valori offerti dovranno essere espressi con un numero di cifre decimali dopo la virgola pari a 2 (due); nel caso in cui tali valori dovessero essere espressi con un numero di cifre decimali dopo la virgola superiore a 2 (due), saranno considerate esclusivamente le prime 2 (due) cifre decimali dopo la virgola, senza procedere ad alcun arrotondamento;
* non è ammessa offerta pari o superiore alla base d’asta specificamente indicata nel disciplinare di gara;
* in caso di discordanza tra i valori economici indicati in cifre ed i valori economici indicati in lettere, prevale il valore indicato in lettere.

# RIQUADRO B

In conseguenza di quanto sopra indicato, la scomposizione dei premi è la seguente.

|  |  |
| --- | --- |
| SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO | |
| Premio imponibile annuo | € |
| Imposte | € |
| Premio annuo lordo | € |

# DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara:

* che i costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro sono pari a € \_\_\_\_
* di aver preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sullo svolgimento del servizio e di aver ritenuto le condizioni tali da consentire l’offerta;
* di aver preso piena e integrale conoscenza degli atti di gara e di accettarne tutte le condizioni;
* che l’offerta ha validità di 210 giorni dal termine di presentazione dell’offerta;
* di avere formulato la presente offerta economica sulla base di tutti gli obblighi e oneri derivanti da disposizioni di legge (anche relativi alle disposizione in materia di prevenzione e sicurezza del lavoro) o previsti dalla presente gara, giudicandola remunerativa e tale da consentire la formulazione dell’offerta stessa;
* di aver preso atto di quanto disposto dal D.Lgs196/2003 s.m.i. e di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali per le finalità contrattuali e per gli adempimenti connessi.

# sottoscrizione

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto inoltre dichiara che la prestazione assicurativa di cui sopra viene fornita: | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | a) | solo dalla Società offerente | | |  | | | | | |
|  | b) | nella forma della coassicurazione (art. 1911 codice civile), così ripartita: | | | | | | | | |
|  |  | 1 | Società delegataria |  | | | | Quota % | |  |
|  |  | 2 | Società coassicuratrice |  | | | | Quota % | |  |
|  |  | 3 | Società coassicuratrice |  | | | | | Quota % |  |
|  | c) | in raggruppamento temporaneo d’impresa così costituito | | | | | | | | |
|  |  | 1 | Società capogruppo |  | | | | Quota % | |  |
|  |  | 2 | Società mandante |  | | | | Quota % | |  |
|  |  | 3 | Società mandante |  | | | | | Quota % |  |
|  | | | | | |  | Firma  (Società offerente/delegataria/capogruppo) | | | |
| Luogo e data: | | | | | |  | Firma  (Società mandanti) | | | |

|  |
| --- |
| Indicazioni per la compilazione dell’offerta |
| L’offerta economica dovrà essere sottoscritta in calce dal legale rappresentante o da un procuratore fornito dei poteri necessari.  Nel caso di R.T.I. già costituito l’offerta economica dovrà essere firmata dalla sola impresa delegataria/mandataria, mentre nel caso di coassicurazione o R.T.I. non ancora formalmente costituito la stessa offerta economica deve essere sottoscritta da ciascun rappresentante legale delle compagnie raggruppande o da loro procuratore.  In caso di discordanza tra quanto indicato nei diversi campi, la valutazione dell’offerta sarà effettuata esclusivamente sulla base dei dati riportati nel RIQUADRO A.  Allegare copia fotostatica di documento di riconoscimento del dichiarante e, nel caso di sottoscrizione da parte di un procuratore, della copia fotostatica della procura. |

|  |
| --- |
| **RIEPILOGO SOGGETTI ASSICURATI A**  **(decorrenza dal 27.09.2017 ex TO1)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Categoria** | **Elemento variabile** | **Entità** | **Premio IMPONIBIlE pro-capite o tasso IMPONIBILE applicato** | **Totale** |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**)**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** | N° soggetti | 24 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**)Conducenti Mezzi dell’Ente | N° veicoli | 13 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) Dipendenti Uso Mezzo proprio in occasione di trasferte o per adempimenti di servizio (C.C.N.L.) | Km percorsi | 23.249 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) Medici specialisti ambulatoriali | N° soggetti | 298 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) Biologi, Chimici e Psicologi Ambulatoriali Convenzionati | N° soggetti | 45 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**)Medici Veterinari Ambulatoriali Convenzionati | N° soggetti | 6 | € …..,00 | € ……,00 |
| G)Medici addetti alla medicina dei servizi | N° soggetti | 15 | € …..,00 | € ……,00  € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) Medici Convenzionati addetti alle attività territoriali programmate | N° soggetti | 5 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**)Medici della Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica, Penitenziaria, Codici Bianchi DEA) | N° soggetti | 82 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**)Donatori di sangue (associati e non) | N° donazioni | ---- | € …..,00 | € ……,00 |
| **TOTALE** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RIEPILOGO SOGGETTI ASSICURATI B**  **(decorrenza dal 31.12.2017 ex TO1 ed ex TO2)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Categoria** | **Elemento variabile** | **Entità** | **Premio IMPONIBIlE pro-capite o tasso IMPONIBILE applicato** | **Totale** |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) Borsisti | N° soggetti | 46 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**)Conducenti mezzi dell’Ente | N° veicoli | 92 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**)Dipendenti uso mezzo proprio in occasione di trasferte o per adempimenti di servizio (C.C.N.L.) | Km percorsi | 73.910 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) Medici specialisti ambulatoriali | N° soggetti | 298 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) Biologi, Chimici e Psicologi Ambulatoriali Convenzionati | N° soggetti | 142 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**)Medici Veterinari Ambulatoriali Convenzionati | N° soggetti | 6 | € …..,00 | € ……,00 |
| G)Medici addetti alla medicina dei servizi | N° soggetti | 20 | € …..,00 | € ……,00  € ……,00 |
| H)Medici Convenzionati addetti alle attività programmate | N° soggetti | 5 | € …..,00 | € ……,00 |
| **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**)Medici della Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica, Penitenziaria, Codici Bianchi DEA) | N° soggetti | 123 | € …..,00 | € ……,00 |
| J)Donatori di sangue (associati e non) | N° donazioni | 1.767 | € …..,00 | € ……,00 |
| **TOTALE** |  |  |  |  |