

**MODELLO OFFERTA ECONOMICA**

**OGGETTO: GARA PER LA FORNITURA DI ESTRATTI ALLERGENICI  
“NAMED PATIENT PRODUCTS” PER TERAPIA ED ESTRATTI  
ALLERGENICI PER DIAGNOSTICA IN VIVO PER LE AZIENDE DEL  
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (gara 1-2010)**

**LOTTO 1**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ documento n. \_\_\_\_\_, codice  
fiscale \_\_\_\_\_  
nella \_\_\_\_\_ sua \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ di  
\_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_ con sede legale in  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice fiscale n° \_\_\_\_\_  
Partita IVA n° \_\_\_\_\_

si impegna ad adempiere a tutte le obbligazioni previste nello Schema di Accordo Quadro, nel Capitolato tecnico e negli altri atti della “**Gara per la fornitura di estratti allergenici “Named Patient Products” per terapia ed estratti allergenici per diagnostica in vivo**”, eseguendo gli ordinativi di fornitura che verranno emessi dalle singole aziende del servizio sanitario regionale di cui all’art. 3 comma 1 lettera a) L.R. 19/2007, applicando la percentuale di sconto di seguito indicata ai prezzi unitari del listino ufficiale.

**LISTINO PREZZI:**

[illegible]

**RIBASSO UNICO PERCENTUALE :** \_\_\_\_\_%( *in cifre*) \_\_\_\_\_( *in lettere*)

**N.B.:** In caso di R.T.I. costituenda, il modello dovrà essere sottoscritto dal titolare o dal legale rappresentante o dal procuratore di ciascuna impresa facente capo al raggruppamento da costituirsi; in caso di R.T.I. costituita il modello potrà essere sottoscritto dal titolare o dal legale rappresentante o dal procuratore dell'impresa mandataria.

Occorre allegare fotocopia semplice di un documento d'identità del/dei sottoscrittore/i.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_