



Marca da bollo  
da € 14,62

In caso di mancato od insufficiente  
pagamento dell'imposta di bollo si  
procederà ai sensi degli art.19 e 31  
del D.P.R. 26/10/1972, n.642 e s.m.i.

**allegato All. B: "MODULO OFFERTA"**  
**(Servizio ADI E CURE PALLIATIVE nel territorio dell'ASL 6 Sanluri)**

*Nota: 1) Ai fini della presentazione dell'offerta economica, si raccomanda l'utilizzo del presente Modulo;*

*2) le cifre in Euro devono essere espresse con un numero massimo di due decimali oltre la virgola.*

*3) L'attribuzione del punteggio relativo al prezzo avrà riguardo, **unicamente**, al costo praticato dalla Ditta per le seguenti tre figure: 1) OSS; 2) Infermiere professionale;*

*3)Terapista della Riabilitazione/Logopedista.*

*Il costo relativo a: Psicologo e Specialista sarà applicato solamente in caso di apposita richiesta.*

*Spett.le ASL 6 Sanluri  
Serv. Provveditorato  
Via Ungaretti 9 Sanluri (Vs)*

Il Sottoscritto .....

In qualità di ..... della Ditta .....

dichiara di presentare offerta per il servizio ADI e Cure palliative nel rispetto e accettazione integrale del Capitolato Speciale di gara ASL 6 Sanluri e, a tal fine, formula la seguente **offerta economica**:

**OSS**: costo orario prestazione €. .... x N° ore/anno 12.000 + IVA \_\_\_\_\_ %;

**Infermiere professionale**: costo orario prestazione €. .... x N° ore/anno 35.000 + IVA \_\_\_\_\_ %;

**Terapista della riabilitazione/Logopedista**: costo orario prestazione €. .... x N° ore/anno 18.000 + IVA \_\_\_\_\_ %;

**Psicologo**: costo orario prestazione: €. .... + IVA \_\_\_\_\_ %(N.B. Su richiesta);

**Specialista**: costo orario prestazione: €. .... + IVA \_\_\_\_\_ % (NB. su richiesta)

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile)