



-SPETT. LE A.S.L. N° 6 SANLURI  
-Servizio Provveditorato-  
VIA Ungaretti, 9  
09025 SANLURI

**MOD: OFFERTA ECONOMICA** (su carta legale)

**OGGETTO: GARA AFFIDAMENTO SERVIZIO FORNITURA PASTI SERVIZIO RISTORAZIONE  
DEGENTI E PERSONALE DIPENDENTE STRUTTURE ASL 6 SANLURI – ANNI DUE.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, nella sua qualità  
di Titolare (o Rappresentante legale) della Ditta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ domiciliata in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, presa visione e conoscenza del Disciplinare di gara,  
nonché del Capitolato Speciale d'Appalto (compresi i relativi allegati) per l'affidamento del servizio  
in oggetto dichiara di accettare, senza riserva alcuna, le condizioni in essi contenute e, pertanto,  
presenta la seguente offerta economica per la fornitura di tutto quanto descritto e richiesto con tali  
atti (si raccomanda di rispettare il disposto dell'art. 13 del Cap. Speciale e di quanto sotto riportato):

**A) Area Degenza Presidio ospedaliero e a ciclo diurno**

- a) prezzo unitario colazione degenti:  
€..... in lettere .....
- b) prezzo unitario pranzo degenti:  
€..... in lettere .....
- c) prezzo unitario cena degenti:  
€..... in lettere .....

TOTALE MESE (a+b+c): €..... In lettere €..... (IVA .....%)

N.B. Totale pasti: a) = n°3920; + b) = n°3880 + c) n°3620. Media/mese = n°**11.420** circa

**B) Area Servizi:  
**Centro Trasfusionale****

- a) prezzo unitario colazione degenti:  
€..... in lettere €.....

b) prezzo unitario pranzo degenti:

€..... in lettere €.....

TOTALE MESE (a+b): €..... in lettere €..... (IVA.....%)

N.B. Totale pasti: a) = n°96; + b) = n°96. Media/mese = n°192 circa

### **Sacchetti Dialisi**

a) prezzo unitario sede Ospedale

€..... in lettere €.....

b) prezzo unitario sede Serramanna

€..... in lettere €.....

TOTALE MESE (a+b): €..... in lettere €..... (IVA.....%)

N.B. Totale sacchetti: a) = n°680; + b) = n°220. Media/mese = n°900 circa

### **Snak donatori**

a) prezzo unitario sede Ospedale

€..... in lettere €.....

TOTALE MESE (a): €..... in lettere €..... (IVA.....%)

N.B. Totale snack: a) = n°15. Media/mese = n°15 circa

### **C) Mensa dipendenti e/o personale autorizzato:**

a) Prezzo unitario pasto

€..... in lettere €.....

TOTALE MESE (a): €..... in lettere €..... (IVA.....%)

N.B. Totale pasti: a) = 1000. Media/mese = n°1000 circa

❖ **Generi alimentari extra:** Importo complessivo biennale offerto per la fornitura di **generi alimentari extra**, così come stimato dai quantitativi forniti in allegato 2.

€..... (N.B. **a pena di esclusione** occorre compilare e **allegare alla presente offerta** "Allegato 2" debitamente datato e firmato dal Legale rappresentante della Ditta)

**Il sottoscritto dichiara che la presente offerta è valida per almeno 180 giorni dalla data di scadenza della gara.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Timbro Firma leggibile)