

Offerta di manifestazione di interesse a partecipare alla procedura da svolgersi ai sensi dell'art. 36 c.2 lett. a) del D. Lgs n. 50/2016, per l'affidamento della fornitura del servizio di medicina del lavoro (24 mesi dalla data di stipula dell'accordo quadro).

Il sottoscritto nato a il nella qualità di (eventualmente) giusta procura generale/speciale n° del, autorizzato a rappresentare legalmente la

Forma giuridica Codice fiscale partita IVA

con sede legale in via n°

Tel..... e-mail

PEC

(specificare i dati di colui / coloro che firmano l'offerta ed i dati di tutte le imprese per le quali è presentata).

INTENDE PRESENTARE OFFERTA ECONOMICA PER IL SEGUENTE SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO comprensivo di organizzazione, calendarizzazione e gestione degli accertamenti sanitari/visite per il rilascio dell'idoneità lavorativa:

SERVIZIO / PRESTAZIONE	PREZZO UNITARIO NETTO IVA OFFERTO
Tariffa per organizzazione, calendarizzazione e gestione degli accertamenti sanitari/visite per il rilascio dell'idoneità lavorativa presso sede ditta	
Onorario Gestione del Servizio di Medicina del Lavoro	
Costo per Sopralluogo annuo Medico Competente	
Tariffa oraria del Medico Competente per prestazioni extra onorario (es. presa visione valutazione dei rischi/organizzazione visite e cartelle sanitarie da parte del Medico Competente, riunione/relazione annuale o straordinarie)	
Tariffa del Medico Competente per gestione normativa/risultati per screening tossicologico assenza tossicodipendenze	
costo Screening tossicologico per assenza tossicodipendenze (costo laboratorio)	
costo Visita Medica Annuale a persona	
costo Spirometria a persona	
costo Audiometria a persona	
costo Questionario Audit a persona	
costo Rx Torace a persona	
costo Elettrocardiogramma (E.C.G.) a persona	
costo Esame Ematico (protocollo standard: emocromo, glicemia, azotemia, creatinina, trigliceridi, got, gpt, ggt, esame urine) a persona	
costo Esame Ematico (protocollo alcol: emocromo, trigliceridi, got, gpt, ggt) a persona	
costo Metaboliti urinari a persona	

costo Visita Oculistica a persona	
costo Visita Otorino con Endoscopia a persona	
costo Ambulatorio mobile per prestazioni presso sede della ditta	
TOTALE	

Importo totale presunto: € 19.000,00

DICHIARA ai sensi del D.P.R. 445/2000

- di essere iscritto al registro delle imprese presso la CC.I.AA. o nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato, con oggetto sociale compatibile con la fornitura in oggetto;
- l'insussistenza dei motivi di esclusione in base a quanto previsto dall'art. 80 del D. Lgs 50/2016.
- l'insussistenza del procedimento interdittivo alla contrattazione con la Pubblica Amministrazione ed alla partecipazione a gare pubbliche previsto dall'art. 14 del D. Lgs. 81/2008.

DICHIARA ALTRESI'

di avere preso visione, compreso ed accettato tutto quanto riportato nella manifestazione di interesse ai sensi dell'art. 36, comma 2 lett. a) D. Lgs. 50/2016 per l'affidamento per l'affidamento del servizio di medicina del lavoro (24 mesi dalla data di stipula dell'accordo quadro).

Data,

Firma del legale rappresentante _____
(firma leggibile)

* n.b. non sono ammesse offerte parziali l'operatore economico deve valorizzare tutti i campi della presente tabella

n.b. Allegare copia del documento di identità

Inoltre si dichiara di aver preso conoscenza dell'informativa di cui all'allegato n.2) della presente manifestazione d'interesse ed esprime con la firma il proprio consenso/dissenso al trattamento dei suoi dati indicati nell'informativa di cui sopra, consapevole che il dissenso determinerà la non ammissione alla presente selezione per oggettiva impossibilità a trattare i dati.

☐ **PRESTO IL CONSENSO**

☐ **NEGO IL CONSENSO**

(barrare la casella interessata)

Firma del legale rappresentante _____
(firma leggibile)