ALL. E

OFFERTA ECONOMICA DETTAGLIATA
R.d.O. n. _____

RELATIVA ALLA RICHIESTA DI OFFERTA PER IL CONTRATTO PONTE, SINO AL 31/12/2024, AI SENSI DELL'ART. 76, COMMA 2, LETT. C) DEL D.L.GS. 36/2023, PER LA FORNITURA, IN SERVICE FULL RISK, DI MICROINFUSORI D'INSULINA, EX DELIBERA N. 1616/2023, TRAMITE PIATTAFORMA CONSIP.

MODELLO AUTODICHIARAZIONE EX DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____, (prov.) _____, in via _____, n. _____, codice fiscale /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite *dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000* per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, in qualità di (***Indicare se titolare, legale rappresentante, procuratore speciale o altra persona avente i poteri di impegnare l'impresa)*** _____ dell'impresa _____, con sede legale in _____ Codice fiscale/Partita Iva _____ telefono: _____ fax: _____ e-mail: _____, pec mail _____ dell'ufficio gare, con riferimento alla procedura in oggetto,

dichiara:

A) che il prezzo (specificare se unitario o complessivo) offerto è, nel dettaglio, composto dalle seguenti voci:

Descrizione prodotto	Codice prodotto	CND e Repertorio	Quantità offerta	Prezzo Unitario di listino	Prezzo unitario offerto	Prezzo complessivo offerto	% di sconto applicato sul listino

<u>Indicare una delle due opzioni a pena di esclusione</u>:

B) che i prezzi unitari offerti con la presente non sono superiori a quelli praticati per analoghe forniture effettuate presso altre Aziende Sanitarie e/ o Enti Pubblici come di seguito specificato:

Es. Ente_____descrizione bene _____prezzo unitario.

C) Dichiarazione di non aver effettuato forniture uguali a quelle oggetto della presente procedura presso altre ASP o Enti Pubblici.

Li _____ Timbro e Firma Leggibile