**OFFERTA ECONOMICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

quale professionista interessato all’affidamento del Servizio di Logopedia dell’IPAB Centro Anziani di Bussolengo per il periodo 01.04.2019 – 31.03.2020 di cui alla relativa indagine di mercato

**OFFRE**

il ribasso unico percentuale, espresso in termini assoluti, del \_\_\_\_\_\_\_%

(in lettere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

sull’importo orario di € 30,00 (trenta/00) oneri fiscali esclusi.

Con la sottoscrizione della presente offerta dichiaro, inoltre, che la stessa ha validità di n.180 (centottanta) giorni ed è già comprensiva del costo dell’obbligatoria polizza assicurativa da fornire all’Ente al momento della sottoscrizione del contratto (paragrafo “*Copertura Assicurativa*” prevista nell’avviso di indagine di mercato).

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(leggibile e per esteso)*

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_