

ALLEGATO AL BANDO DI GARA CIG 8823794927

L'impresa (singola, ovvero l'impresa Capogruppo in una delle forme di aggregazione previste all'art. 45, comma 2, D.Lgs. 50/2016, ovvero l'impresa delegataria di una coassicurazione)

.....  
 con sede in ....., via .....  
 codice fiscale ....., Partita IVA .....  
 in persona del Legale Rappresentante / Procuratore .....

**dichiara**

(anche in nome delle mandanti/coassicuratrici che sottoscrivono la presente) di offrire i servizi di assicurazione oggetto del presente lotto alle condizioni di seguito indicate.

**Basi d'asta - Valori periodo**

<b>Importo lordo a base d'asta</b>	<b>€ 99.000,00</b>
------------------------------------	--------------------

**Basi d'asta - Valori annui**

<b>Importo lordo annuo a base d'asta</b>	<b>€ 33.000,00</b>
--	--------------------

**Offerta - Valori annui**

<b>Importo lordo annuo offerto - TOTALE</b>	<i>In cifre</i>	€ _____ , ____
	<i>In lettere</i>	€ _____ / ____

*Indicare i valori offerti in cifre ed in lettere*

**Calcolo del premio - valori annui**

Retribuzioni annue lorde	Tasso offerto imponibile (pro-mille)	Importo imponibile annuo	Imposte di Legge	Importo lordo annuo
<b>€ 34.000.000,00</b>	_____ , ____	€ _____ , ____	€ _____ , ____	€ _____ , ____

(Luogo e data)

(Firma)

.....

.....

ALLEGATO AL BANDO DI GARA CIG 8823794927

Indicare i valori in cifre

**DICHIARA/DICHIARANO**

che l'offerta sarà valida per un periodo di 180 giorni e che la stessa tiene conto degli obblighi connessi al rispetto delle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori, introdotte dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e che, ai sensi dell'art. 95 comma 10 del D. Lgs. 50/16 e s.m.i., i costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ammontano ad € \_\_\_\_\_.

**Condizioni di riparto**

Compagnia	Denominazione Società	Percentuale di ritenzione
Mandataria / Delegataria		
Mandante / Coassicuratrice		
Mandante / Coassicuratrice		

*Da compilarsi unicamente in caso di Raggruppamento Temporaneo d'Impresa o Co-assicurazione*

(Luogo e data)

(Firma)

.....

.....