|  |  |
| --- | --- |
|  | via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  C.F. e P.I. 01772890933 PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it |

**MODULO COMPARAZIONE PREZZI DA ALLEGARE ALL’ OFFERTA**

**FORNITURA DI TENDE CON SERVIZI ANNESSI E CONNESSI**

**Rif. Avviso Pubblico N. \_\_\_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto ............ ………………………………………………………………………

legale rappresentante ………………………………………………………………………

della ditta ...............

……………………………………………………………………….

partecipante alla gara in oggetto

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, che i prezzi al netto di I.V.A., per gli stessi prodotti e/o forniture similari, praticati negli ultimi dodici mesi dalla ditta presso altre Aziende Ospedaliere/Sanitarie, sono i seguenti:

Azienda Ospedaliera/Sanitaria n° |\_\_|\_\_| di ……………………………..

art. …………………………………………………..cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

art. …………………………………………………. cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

art. …………………………………………………. cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

art. …………………………………………………. cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

Azienda Ospedaliera/Sanitaria n° |\_\_|\_\_| di ……………………………..

art. …………………………………………………..cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

art. …………………………………………………. cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

art. …………………………………………………. cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

art. …………………………………………………. cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

Azienda Ospedaliera/Sanitaria n° |\_\_|\_\_| di ……………………………..

art. …………………………………………………..cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

art. …………………………………………………. cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

art. …………………………………………………. cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

art. …………………………………………………. cod. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a € |\_|\_|\_||\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

Il legale rappresentante: …………………………………………………….

**NB: Qualora vengano riportati prezzi unitari più bassi (praticati ad altre Aziende sanitarie/ospedaliere per la medesima fornitura) rispetto a quelli offerti nella presente procedura, la ditta dovrà fornire adeguate motivazioni.**

**In caso contrario verrà richiesta una miglioria in linea con i prezzi del mercato.**

**SCHEDA FORNITORE**

|  |
| --- |
| Ragione Sociale |
| Sede amministrativa  n. tel. n. fax |
| n° partita IVA |
| n° codice fiscale |
| n° iscrizione registro imprese e sede |
| cod. INPS |
| cod. INAIL |
| Sede operativa  n. tel. n. fax |
| Responsabile Sede Operativa  n. tel. n. fax |
| Responsabile Commerciale  n. tel. n. fax |
| Dati Bancari:  Banca  Agenzia  n. conto corrente  Codice IBAN  CIN |
| Per comunicazioni o inoltro atti di gara  indirizzo  n. Fax  E-mail |
| nome e cognome del legale rappresentante o di un suo procuratore  data firma |