

IV° Appalto specifico fornitura di farmaci Aziende Sanitarie della Regione del Veneto
Rif. interno 2017.001.10.

Dettaglio prezzi

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ in qualità di _____ della Ditta _____ con Sede Legale in _____ codice fiscale/partita IVA _____

OFFRE i seguenti prodotti ai prezzi sotto indicati, impegnativi e irrevocabili per almeno 365 giorni a decorrere dalla data ultima fissata per la presentazione dell'offerta

Ragione sociale fornitore	Lotto	Sub Lotto	Denominazione del prodotto	Codice AIC offerto	Numero di unità per confezione primaria	Classe di rimborsabilità	Prezzo di vendita (al pubblico) a confezione (IVA esclusa)	% sconto di riferimento obbligatorio (valore numerico)	% sconto obbligatorio aggiuntivo (valore numerico)	Estremi della G.U.R.I.	% sconto ulteriore sul prezzo a confezione (valore numerico)	Prezzo unitario d'Offerta (per unità di misura IVA esclusa)	Prezzo offerto per confezione (IVA esclusa)	Importo sub lotto biennale complessivo offerto (IVA esclusa)	Importo lotto biennale complessivo (IVA esclusa)	IVA	Data scadenza brevetto

Dichiara che i costi concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui all'art. 95, comma 10, del D.Lgs. 50/2016 sono: _____

Dichiara altresì che i costi della manodopera ai sensi dell'art. 95, comma 10, del D.Lgs. 50/2016 sono: _____

_____, li _____

NB: Il documento dovrà essere SOTTOSCRITTO, A PENA DI ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA, CON FIRMA DIGITALE dal legale rappresentante del concorrente