In bollo da

€ 16,00

Allegato n. 3

**OGGETTO: Offerta Economica per l’affidamento del servizio di ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE dell’Ambito Territoriale di Troia**

**CIG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**La/il sottoscritta/o**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | | | |  | | | | | | Nome | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato/a a | | | |  | | | | | | | | | Prov. | |  | | | il | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Residente a | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | Prov. | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo | | | |  | | | | | | | | | | | | | CAP | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| In qualità di legale rappresentante della ditta | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Con sede in | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel. |  | | | | | | | | Fax | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  |  | | | | | | |  | |  | | |  | | | |  |  | |  | |
| e-mail/pec | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C.F./P.I. | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

presa visione del bando di gara e del capitolato speciale d'appalto relativi all’affidamento del servizio di Assistenza Educativa Domiciliare dell’Ambito Territoriale di Troia

**DICHIARA**

1. Di offrire per il servizio su indicato la seguente percentuale di ribasso sulle SPESE GENERALI:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Voce | Ribasso % in cifre | Ribasso % in lettere | | Valore  economico |
| Spese generali |  |  | |  |
| Prezzo complessivo offerto  (costo del personale non soggetto a ribasso + spese generali soggette a ribasso) | In cifre | | In lettere | |
|  | |  | |

1. Che l’importo riferito agli Oneri di Sicurezza Aziendali a totale carico di questa ditta, ai sensi dell’art. 87 comma 4 CdA, ammonta ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data ………………..

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE