*Allegato 3*

**Spett.le IRCCS**

**Istituto Tumori“Giovanni Paolo II”**

**Viale Orazio Flacco, 65**

**70124 Bari**

**DICHIARAZIONE D’OFFERTA**

*(compilare in ogni sua parte, sottoscrivere e apporre firma digitale, pena esclusione dal procedimento)*

**APPROVVIGIONAMENTO DI STAMPATI**

**CIG Z872DA6467**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il / La |  | | | | | | |
| con sede in |  | | | Via |  | | |
| Codice Fiscale |  | | Partita IVA | | |  | |
| Rappresentata da | |  | nella sua qualità di | | | |  |

DICHIARA

* sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 *consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell’art.76 del D.P.R. 445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione questa impresa decadrà dai benefici e dalle* *autorizzazioni per le quali la dichiarazione è stata rilasciata;*
* che l’offerta è irrevocabile ed impegnativa per dodici (12) mesi dalla data di presentazione della stessa;
* che per la fornitura dei prodotti di seguito riportati, offre:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mod.** | **Descrizione** | **Prezzo unitario s/IVA**  **€** | **Quantità** | **Totale fornitura**  **s/IVA**  **€** |
| 13/C | Bollettario richiesta farmaci in duplice copia autocopiante |  | 100 |  |
| 13/F | Bollettario richiesta farmaci soggetti ad autorizzazione in duplice copia auto copiante |  | 50 |  |
| 14 | Busta lettera f.to 11 x 23 |  | 20.000 |  |
| 19 | Bustone adesivo f.to 19 x 26 |  | 5.000 |  |
| 21 | Bustone adesivo f.to 23 x 33 |  | 5.000 |  |
| 22 | Bustone adesivo f.to 25 x 36 |  | 5.000 |  |
| 31 | Cartellina celeste con oggetto |  | 5.000 |  |
| 7/San | Bustone Rx f.to 19 x 26PER RADIOLOGIA |  | 20.000 |  |
| 7/San B | BUSTA PER MAMMOGRAFIA SENOLOGICA |  | 20.000 |  |
| 13/San | Cartella celeste con tasca |  | 5.000 |  |
| 14/San | Cartella rosa con tasca |  | 5.000 |  |
| 22/San | Foglio termografico |  | 1.000 |  |
| 24/San | Cartella clinica Radioterapia |  | 5.000 |  |
| 31/San/B | Bustone Rosa per fogli cartella clinica |  | 20.000 |  |
| 31/San/C | Bustone celeste per fogli cartella clinica |  | 10.000 |  |
| 32/San | Foglio richiesta esame istologico |  | 10.000 |  |
| 41/San/B | Foglio richiesta esami al Lab. Analisi con codice a barra |  | 5.000 |  |
| 41/San/C | Foglio richiesta esami urgenti al Lab.Anal. con codice a barra |  | 5.000 |  |
| 63/San | Foglio dati paziente servizio di radiodiagnostica |  | 5.000 |  |
| 67/San | Esame citologico - carta autocopiante - 3 copie |  | 5.000 |  |
| 91/San | Foglio controllo successivo ambulatoriale |  | 5.000 |  |
| 93/San | Foglio controllo bilancio liquido |  | 5.000 |  |
| 94/San | Cartella clinica femminile |  | 5.000 |  |
| 95/San | Cartella clinica maschile |  | 5.000 |  |
| 112/San | Registro |  | 70 |  |
| 137/San | Foglio rifiuti ospedalieri trattari - 3 copie autocopianti |  | 1.000 |  |
| 138/San | Ricettario intestato Istituto grande |  | 2.000 |  |
| 138/A/San | Ricettario intestato Istituto piccolo |  | 3.000 |  |
| 197/San | Registro sala operatoria in duplice copia autocopiante |  | 300 |  |
| 201/San | Foglio informazione sui rischi dei mezzi di contrasto |  | 5.000 |  |
| 202/San | Foglio informazione sui rischi dei mezzi di contrasto |  | 5.000 |  |
| 1345 | Cartella anestesia - carta autocopiante stampa su due facciate |  | 5.000 |  |
|  | Buste di carta con manico del tipo utilizzato negli esercizi commerciali, peso della carta non inferiore a 100 g. VARIE MISURE |  | 5.000 |  |
|  | Foglio terapia presa in carico del paziente (Dr. Palmiotti) |  | 10.000 |  |
|  | Cartella per atti giudiziari |  | 500 |  |
|  | Cartella clinica |  | 5.000 |  |

* che tutti i prodotti offerti sono rispondenti ai requisiti minimi di sicurezza nazionali e comunitari (CE) e che sono corrispondenti ai requisiti tecnico prestazionali previsti nella documentazione della presente gara;
* che tutti i dispositivi medici offerti devono essere conformi al D. L.gs. 46/97;
* che la fornitura offerta rispetta tutti i requisiti minimi richiesti, compresi quelli fissati dal D.M. Ambiente del 22/02/2011;
* di aver considerato e valutato tutte le condizioni, incidenti sulle prestazioni oggetto della gara, che possono influire sulla determinazione dell’offerta e delle condizioni contrattuali e di aver preso conoscenza di tutte le circostanze, generali e specifiche, relative all’esecuzione del contratto e di averne tenuto conto nella formulazione dell’offerta;
* di adempiere a tutte le obbligazioni previste nella Lettera d’invito;
* di aver preso cognizione di tutte le circostanze generali e speciali che possono interessare l’esecuzione di tutte le prestazioni oggetto del contratto, così come esposte alla documentazione di gara;
* di essere consapevole che i termini per l’espletamento del servizio sono da considerarsi a tutti gli effetti essenziali ai sensi dell’articolo 1457 del cod. civ.;

Luogo e data

***FIRMA DIGITALE***

***DEL LEGALE RAPPRESENTANTE***