Allegato sub-b)

DA METTERE SU CARTA INTESTATA

Spett.le I.P.A.B. CENTRO ANZIANI

 Via P. Veronese 9

 37012 BUSSOLENGO

OGGETTO: **FORNITURA SERVIZIO DI MEDICO. OFFERTA ECONOMICA.**

 **CIG ZCB255C17D.**

ll sottoscritto nato a il residente in Via n.

c.f. , nella sua qualità di legale rappresentante dell’Operatore

Economico *(ragione sociale/denominazione)*

 ;

(eventualmente) giusta procura generale / speciale n. del quale: [\_] TITOLARE [\_] PRESIDENTE della società

[\_] SOCIO con potere di rappresentanza [\_] Cod.Fiscale partita IVA Cod.

attività con sede legale in

Via/P.zza n.

tel. fax PEC e-mail

**Preso atto dei seguenti dati relativi all’Ente:**

*Sede Operativa:*

I.P.A.B. Centro Anziani – via Paolo Veronese n.9 – 37012 BUSSOLENGO - VR

*Attività:*

Soggiorno per Anziani I.P.A.B.: Centro Servizi per anziani non autosufficienti con 60 posti;

*Lavoratori presenti al 16.10.2018*: n. 52 così suddivisi:

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFILO PROFESSIONALE** | **DOTAZIONE****ORGANICA** |
| **AREA SOCIO SANITARIA** |  |
| COORDINATORE SOCIO SANITARIO  | **1** |
| INFERMIERE PROFESSIONALE | **7** |
| ADDETTI ALL’ASSISTENZA | **29** |
| FISIOTERAPISTA | **1** |
| **AREA SOCIALE** |  |
| EDUCATORE ANIMATORE | **1** |
| ASSISTENTE SOCIALE | **1** |
| **SETTORE AMMINISTRATIVO** |  |
| DIRETTORE | **1** |
| ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO | **2** |
| **SETTORE LAVANDERIA/GUARDAROBA/PULIZIE** |  |
| ADDETTA ALLA LAVANDERIA | **1** |
| ADDETTE ALLE PULIZIE | 7 |
| **SETTORE MANUTENZIONE** |  |
| OPERAIO SPECIALIZZATO | **1** |
| **TOTALE COMPLESSIVO ENTE** | **52** |

# Presenta la seguente OFFERTA ECONOMICA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VOCE** | **DESCRIZIONE** | **OFFRE (in cifre)** |
| I) | a) accertamenti sanitari e periodici mirati a rischi specifici; | € annuo a dipendente |
| b) gestione della periodicità degli accertamenti sanitari; |
| c) convocazione degli addetti esposti ai rischi; |
| d) compilazione e/o aggiornamento della cartella sanitaria e di rischio lavorativo secondo il decreto legislativo 81/2008 per ciascun lavoratore sottoposto ad accertamenti sanitari; |
| e) comunicazione dei risultati degli accertamenti e relazione finale degli stessi; |
|  |  |  |
| II) | f) sopralluoghi ambientali secondo quanto previsto dalla normativa vigente; | € annuo forfettario |
| g) stesura del protocollo sanitario; |
| h) collaborazione con il datore di lavoro alla predisposizione del servizio di prontosoccorso; |
| i) consulenze sulle problematiche di medicina ed igiene del lavoro; |
| j) partecipazione alla programmazione della valutazione dell’esposizione a fattori di rischio igienico ambientale ed ergonomici negli ambienti di lavoro; |
| k) collaborazione all’attività informativa/formativa; |
| l) partecipazione alla riunione periodica di prevenzione e protezione dei rischi; |
| III) | per gli esami di laboratorio specifici | (allegare dettaglio con offerta se previste) |

Pari a complessivi:in cifre euro , in lettere ( / )

per l’intero quadriennio

\*\*calcolo: voce rif. I) moltiplicato per il numero complessivo delle visite proposte nell’allegato protocollo sanitario **per i quattro anni**, sommato costo annuo forfettario previsto per la voce rif. II)moltiplicato **per i quattro anni.**

# DICHIARA

1. di aver preso visione ed accettare incondizionatamente le norme e condizioni riportate nell’Avviso d’Indagine di mercato prot. n.\_\_\_\_\_\_del ;
2. di ritenere il prezzo offerto sufficiente remunerativo alla luce delle caratteristiche dell’Ente e delle condizioni contrattuali previste;
3. di accettare che l’offerta economica complessiva risulti vincolante anche qualora si rendessero necessari maggiori interventi unitari fino ad un massimo del 20% in più di quelli previsti.

Data

**Firma estesa del legale rappresentante e timbro**

(Sottoscrizione autenticata ai sensi dell’art 1, lett .i), del T.U. n.

445/2000; ovvero non autenticata, ma corredata da fotocopia del documento di identità del firmatario - art.38, co. 3, del T.U. n. 445/2000 )