

Allegato 2

**All'Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina
Via Costantino Costantinides, 2
34128 Trieste (TS)**

Oggetto: servizio di trasporto ed accompagnamento a favore di persone con limitazioni funzionali (CIG 867425098A)

Il sottoscritto
nato ail
in qualità di legale rappresentante della
con sede in
CAP.....via.....
tel. n
numero di Partita I.V.A. e C.F.

DICHIARA

- di mettere a disposizione i seguenti automezzi:

NUMERO DI AUTOMEZZI A DISPOSIZIONE	TIPOLOGIA DI AUTOMEZZO

Allegato 2

- di offrire le seguenti tariffe, giudicate remunerative, per ogni singolo trasporto (andata + ritorno):

inserire importi al netto di IVA nel limite massimo indicato

PROFILO UTENTE	STESSO COMUNE SEDE DI VACCINAZIONE	FUORI COMUNE SEDE DI VACCINAZIONE	PERSONA AGGIUNTIVA (in caso di trasporto collettivo)	EVENTUALE ACCOMPAGNATORE
1. persona che non necessita di vettura attrezzata	_____ max 20 euro	_____ max 30 euro	_____ max 5 euro	_____ max 10 euro
2. persona che necessita di vettura attrezzata (senza barriere architettoniche)	_____ max 30 euro	_____ max 40 euro	_____ max 10 euro	_____ max 10 euro
3. persona che necessita di vettura attrezzata e superamento barriere architettoniche	_____ max 50 euro	_____ max 60 euro	_____ max 25 euro	_____ max 10 euro

L'aliquota IVA applicata in relazione al servizio in oggetto è: _____

Data _____

Firma del legale rappresentante _____