

ALLEGATO A

OGGETTO: INDAGINE DI MERCATO PER L'EVENTUALE AFFIDAMENTO DIRETTO DEL SERVIZIO DI PRIMO SOCCORSO E CURA DI CANI ACCALAPPIATI, DI CANI E GATTI RINVENUTI FERITI E DESTINATI AGLI INTERVENTI ASSISTITI PER MEZZO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI MEDICINA VETERINARIA PER UN PERIODO DI 18 MESI A DECORRERE PRESUMIBILMENTE DAL 01/11/2018 - CIG YD82521CA5 DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE.

Il sottoscritto _____ (nato a _____ il _____
_____ e residente in _____ via _____
_____ n. _____)

in qualità di _____ autorizzato a rappresentare
legalmente la ditta _____,
con sede legale in _____ via _____ n. _____
n.telefono _____, n. fax _____ indirizzo di posta elettronica
certificata _____

codice fiscale _____
partita IVA _____

e sede operativa (indicare solo se diversa da quella legale) in _____ via _____
_____ n. _____ nr. Telefono _____ nr. Fax _____

indirizzo di posta elettronica certificata _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1. di essere iscritta nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____ n° iscrizione _____ data _____ e fornisce i dati sottostanti rilevabili da detta iscrizione:

(indicare nominativo - con data di nascita, residenza e qualifica - dei titolari, soci, direttori tecnici, soci accomandatari e tutti i soggetti muniti di poteri di rappresentanza)

2. il possesso dei requisiti di ordine generale per la partecipazione a gare, di cui agli artt. 45 e 80 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.e i.;
3. di non trovarsi in nessuna delle situazioni previste dall'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.e i.;
4. di aver preso cognizione e di accettare la natura della gestione nonché di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione;
5. di aver preso conoscenza e di aver tenuto conto nella formulazione dell'offerta delle condizioni contrattuali e dei connessi oneri nonché degli obblighi e degli oneri relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro, di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove deve essere effettuata la fornitura;

DICHIARA INOLTRE

1. di disporre di personale in possesso delle professionalità necessarie alla realizzazione degli interventi richiesti; in particolare i soggetti concretamente responsabili della prestazione di servizi devono essere iscritti all'Ordine dei Medici Veterinari;

Indicare i nominativi, i titoli professionali e gli eventuali attestati in ordine all'esperienza maturata dei prestatori del servizio e dei soggetti concretamente responsabili della prestazione:

2. di mettere a disposizione per il servizio le seguenti attrezzature:

DICHIARA INFINE

1. Di avere attualmente un organico medio annuo di n. _____ dipendenti (compresi impiegati amministrativi, tecnici e operai);
2. che per il servizio da eseguire per l'ASUITS sarà impegnato un organico complessivo di n. _____ unità lavorative di cui dipendenti _____;
3. che al personale dipendente è applicato il seguente C.C.N.L. _____;
4. che la ditta è in regola con gli obblighi di natura contributiva ed assicurativa nei confronti dei propri dipendenti e che è titolare delle seguenti posizioni:
☐ Codice cliente INAIL _____ sede di _____
☐ Matricola INPS _____ sede di _____

SOLO IN CASO DI PARTECIPAZIONE COME MANDATARIO DI ATI TRA IMPRESE:

5. di impegnarsi a costituirsi in Associazione Temporanea di imprese (ATI) obbligandosi a quanto indicato all'art.48, comma 8, del D. Lgs. 50/16

DICHIARA INFINE

DI OFFRIRE, rispetto all'importo presunto per l'esecuzione del servizio nel periodo indicato pari a circa Euro 30.000,00 (IVA esclusa), i seguenti prezzi (IVA esclusa) per singola prestazione:

PRESTAZIONE	IMPORTO in cifre €	IMPORTO in lettere
Visita Clinica		

Visita Clinica serale/festiva		
Visita Clinica notturna		
Sedazione		
Fleboclisi endovenosa		
Ossigenoterapia prima ora		
Ossigenoterapia ore successive		
Catetere vescicale cane		
Catetere vescicole gatto		
Medicazione e fasciatura		
Sutura ferita Semplice (+ anestesia secondo taglia)		
Sutura ferita Complessa (+ anestesia secondo taglia)		
Riduzione incruenta frattura con bendaggio e steccatura (+ anestesia secondo taglia)		
Trattamento chirurgico ascesso gatto		
Trattamento chirurgico ascesso cane		
Analisi del sangue: emocromo		
Analisi del sangue: biochimico parziale		
Analisi del sangue: elettroliti		

Lastra radiologica una proiezione		
Lastra radiologica successive		
Eutanasia gatto/cane piccola taglia (1-4 kg)		
Eutanasia cane piccola taglia (5-14 kg)		
Eutanasia cane media taglia (15-25 kg)		
Eutanasia cane grande taglia (26-40 kg)		
Eutanasia cane taglia gigante (40-90 kg)		
Spese di degenza giornaliera (terapia esclusa)		
Visita al polo zooantropologico		

Aliquota IVA al _____ %

Per le prestazioni non indicate il costo da imputare sarà calcolato sulla media dei prezzi applicati per prestazioni analoghe.

A tal fine dichiara :

- che l'offerta tiene conto degli oneri diretti relativi al personale impiegato, contributi, oneri differiti, spese generali, costi per la sicurezza, copertura assicurativa, e quant'altro richiesto per la gestione del servizio;
- di avere preso conoscenza di tutte le circostanze generali, particolari e locali, nessuna esclusa ed eccettuata, che possono avere influito o influire sia sulla esecuzione della gestione, sia sulla determinazione della propria offerta e di giudicare, pertanto, remunerativa l'offerta economica presentata;
- di impegnarsi all'osservanza delle disposizioni di cui all'art. 3 della L. 13.08.2010 n. 136 s.m.i. recante le norme sulla tracciabilità dei flussi finanziari;
- di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il

quale la presente dichiarazione viene resa e che titolare del trattamento cui può rivolgersi per l'esercizio dei suoi diritti è l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

- di voler ricevere ogni comunicazione relativa all'oggetto ai seguenti recapiti:

o nominativo_____

o telefono_____

o PEC_____

Data

Firma del Legale Rappresentante

(unire documento di riconoscimento del firmatario)