|  |
| --- |
| **MODULO OFFERTA TECNICA** |

# Oggetto: Procedura aperta, in modalità telematica, per l’affidamento triennale dei servizi assicurativi di Coni Servizi S.p.A. – CIG 6356672BAB - R.A. 059/15/PA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/la sottoscritto/a** | | |  | | | | | |
| **Nato/a a** | |  | | | **Prov.** | **(     )** | **il** | **/     /** |
| **In qualità di (*selezionare in alternativa la casella corrispondente*):** | | | | | | | | |
|  | **Titolare** | | | | | | | |
|  | **Socio** | | | | | | | |
|  | **Socio accomandatario** | | | | | | | |
|  | **Amministratore munito di potere di rappresentanza** | | | | | | | |
|  | **Direttore tecnico** | | | | | | | |
|  | **Socio unico** | | | | | | | |
|  | **Socio di maggioranza** | | | | | | | |
|  | **Soggetto cessato dalla carica** | | | | | | | |
|  | **Altro (*Indicare*):  *(Es. Procuratore munito di poteri di rappresentanza)*** | | | | | | | |
| **dell’Impresa:** | | | | **Indicare Ragione sociale per esteso** | | | | |

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. del 28 n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;

***(in caso di R.T.I. costituendo o coassicurazione)1:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/la sottoscritto/a** | | |  | | | | | |
| **Nato/a a** | |  | | | **Prov.** | **(     )** | **il** | **/     /** |
| **In qualità di (*selezionare in alternativa la casella corrispondente*):** | | | | | | | | |
|  | **Titolare** | | | | | | | |
|  | **Socio** | | | | | | | |
|  | **Socio accomandatario** | | | | | | | |
|  | **Amministratore munito di potere di rappresentanza** | | | | | | | |
|  | **Direttore tecnico** | | | | | | | |
|  | **Socio unico** | | | | | | | |
|  | **Socio di maggioranza** | | | | | | | |
|  | **Soggetto cessato dalla carica** | | | | | | | |
|  | **Altro (*Indicare*):  *(Es. Procuratore munito di poteri di rappresentanza)*** | | | | | | | |
| **dell’Impresa:** | | | | **Indicare Ragione sociale per esteso** | | | | |

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. del 28 n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/la sottoscritto/a** | | |  | | | | | |
| **Nato/a a** | |  | | | **Prov.** | **(     )** | **il** | **/     /** |
| **In qualità di (*selezionare in alternativa la casella corrispondente*):** | | | | | | | | |
|  | **Titolare** | | | | | | | |
|  | **Socio** | | | | | | | |
|  | **Socio accomandatario** | | | | | | | |
|  | **Amministratore munito di potere di rappresentanza** | | | | | | | |
|  | **Direttore tecnico** | | | | | | | |
|  | **Socio unico** | | | | | | | |
|  | **Socio di maggioranza** | | | | | | | |
|  | **Soggetto cessato dalla carica** | | | | | | | |
|  | **Altro (*Indicare*):  *(Es. Procuratore munito di poteri di rappresentanza)*** | | | | | | | |
| **dell’Impresa:** | | | | **Indicare Ragione sociale per esteso** | | | | |

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. del 28 n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/la sottoscritto/a** | | |  | | | | | |
| **Nato/a a** | |  | | | **Prov.** | **(     )** | **il** | **/     /** |
| **In qualità di (*selezionare in alternativa la casella corrispondente*):** | | | | | | | | |
|  | **Titolare** | | | | | | | |
|  | **Socio** | | | | | | | |
|  | **Socio accomandatario** | | | | | | | |
|  | **Amministratore munito di potere di rappresentanza** | | | | | | | |
|  | **Direttore tecnico** | | | | | | | |
|  | **Socio unico** | | | | | | | |
|  | **Socio di maggioranza** | | | | | | | |
|  | **Soggetto cessato dalla carica** | | | | | | | |
|  | **Altro (*Indicare*):  *(Es. Procuratore munito di poteri di rappresentanza)*** | | | | | | | |
| **dell’Impresa:** | | | | **Indicare Ragione sociale per esteso** | | | | |

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. del 28 n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

**DICHIARA/DICHIARANO**

* di essere disposti a garantire la messa in copertura dei rischi oggetto di affidamento a far data dalle ore 24,00 del 31/12/2015, ancorché nelle more della definizione della procedura e/o della sottoscrizione del contratto;
* di impegnarsi a mantenere valida la presente offerta per almeno 180 gg. dalla data di scadenza del termine per la sua presentazione;
* di presentare la seguente offerta tecnica:
* **di accettare integralmente** le condizioni di copertura richieste dal bando di gara, dal disciplinare di gara e di non presentare alcuna variante allo schema di polizza;

**ovvero**

* di accettare integralmente le condizioni di copertura richieste *dal disciplinare di gara, fatta eccezione per le seguenti varianti:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **CONDIZIONI PARTICOLARI SEZIONE RSM** | | |
| **Rif. Capitolato** | **Variante proposta** | **Opzione** |
| Art. 9 Punto b Scoperti e Franchigie- Ricovero Fuori Rete | Aumento scoperto al 20% con il minimo di Euro 2.000,00 | 🞎 si  🞎 no |
| Art. 8 B) e C) Pre e Post ricovero | Introduzione scoperto 10% minimo Euro 50,00 per prestazioni fuori rete | 🞎 si  🞎 no |
| Art. 12 Prestazioni Extraospedaliere | Alta diagnostica Fuori rete aumento scoperto al 25% minimo Euro 60,00 | 🞎 si  🞎 no |
| **VARIANTI MIGLIORATIVE SEZIONE RSM** | | |
| 1. PACCHETTO MATERNITA’ | Inserimento | 🞎 si  🞎 no |
| 1. Assistenza diretta mediante rete convenzionata per Ricoveri o Interventi Chirurigici | Rete convenzionata   * Cliniche / strutture sanitarie * Medici * Ambulatori | 🞎 si  🞎 no |
| 1. Assistenza diretta mediante rete convenzionata per Prestazioni Extra Ricovero | Rete convenzionata   * Centri di Analisi * Centri diagnostici | 🞎 si  🞎 no |
| 1. Assistenza diretta in caso di regime misto | Inserimento clausola | 🞎 si  🞎 no |

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo** | **Data** |
|  |  |
| **Sottoscritto digitalmente da:** | |