

“ ALLEGATO C”

BOLLO

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ C.F. _____, legale rappresentante

della Cooperativa, Ditta Onlus o Impresa _____ C.F.
/P.Iva _____

volendo partecipare, al Pubblico Incanto per l'affidamento del Servizio Trasporto disabili da e per i centri di riabilitazione nell'osservanza dell'esperienza maturata nel settore dell'assistenza ai disabili e della qualità del servizio proposto in sede di valutazione tecnica, nella consapevolezza dei costi inerenti la corretta esecuzione del servizio oggetto di appalto:

FORMULA

Per la completa realizzazione del servizio la seguente offerta:

➤ **IMPORTO MENSILE** € _____

➤ **IMPORTO ANNUO** € _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

AVVERTENZA

In caso di associazione temporanea d'impres, l'offerta dovrà essere sottoscritta da tutte le Imprese raggruppate e dovrà specificare le parti del servizio che saranno eseguite dalle singole cooperative , nonché contenere l'impegno in caso di aggiudicazione della gara, che le stesse si conformeranno alla disciplina di cui all'art. 11 D. Lgs 157/95.