

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5 ORISTANO**

**MODULO OFFERTA**

**Allegato MO al Capitolato Speciale** per l'affidamento del **Servizio di Gestione Cassa, triennio 2008/2010.**

**Parametri economici, qualità delle prestazioni  
e funzionalità tecnica del Servizio**

**ELEMENTI ECONOMICI**

(Art. 29, punto 1 del Capitolato):

<b>Parametro</b>	<b>Valore offerto</b>
<b>a.1 TASSO DEBITORE SULLE ANTICIPAZIONI</b>	<b>In termini di percentuale di scostamento offerto rispetto al tasso medio EURIBOR a mesi 1</b>
	(in cifre)
	(in lettere)
<b>b.1 FONDO ANNUALE PER ACQUISTO BENI AI FINI ISTITUZIONALI A.S.L.</b>	€ _____ (per ciascun anno relativo al triennio 2008/2010)
	(in lettere) _____

**QUALITA' E FUNZIONALITA' TECNICA DEL SERVIZIO**

(Art. 29, punto 2 del Capitolato):

<b>Parametro</b>	<b>Valore offerto</b>
<b>c.2.1 COLLEGAMENTO "HOME BANKING"</b>	<p><b>N. giorni _____ (max 90 gg)</b></p> <p><b>A tal fine si dichiara che sarà rispettato il termine soprascritto, garantendo, inoltre, l'attivazione dei servizi telematici minimi così come descritti all'art. 29 del Capitolato d'Appalto.</b></p> <p><b>(Spazio per ulteriori proposte):</b></p>
<b>c.2.2 SPORTELLI BANCOMAT INTERNI PRESSO P.O. E STRUTTURE A.S.L.</b>	<p><b>N. _____ sportelli</b></p> <p><b>(in termini di sportelli che s'intende rendere operativi previo accordo con l'Azienda Sanitaria )</b></p>

**c.2.3 SPORTELLI  
BANCARI OPERATIVI  
IN TERRITORIO A.S.L.**

**N.** \_\_\_\_\_ **sportelli**  
(in termini di Agenzie e/o Filiali)

**A tal fine si elencano i soprascritti sportelli,  
insistenti presso i seguenti Comuni:**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

<b>c. 2.4 PRECEDENTI ESPERIENZE GESTIONALI c/o UU.SS.LL.</b>	<b>N. _____ convenzioni</b> (stipulate nel triennio 2005/2007 con AA.SS.LL.)
	<b>Indicare le convenzioni soprascritte specificando A.S.L. e anno di stipula:</b>
	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____
	6. _____
	7. _____
	8. _____
9. _____	
10. _____	

In Fede  
**Il Rappresentante Legale**

\_\_\_\_\_

In caso di R.T.I. :

**Il Rappresentante Legale Istituto Capogruppo** \_\_\_\_\_

**Il Rappresentante Legale Istituto raggruppato** \_\_\_\_\_

**Il Rappresentante Legale Istituto raggruppato** \_\_\_\_\_

**Il Rappresentante Legale Istituto raggruppato** \_\_\_\_\_