

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 2011/2014.**

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

**ELEMENTI ECONOMICI**  
(Art. 29 Capitolato Speciale)

Parametro	Valore offerto
<b>a.1 TASSO DEBITORE SULLE ANTICIPAZIONI</b> Max 20 punti	<b>In termini di tasso spread espresso in percentuale 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> Max 20 punti	€ _____ (per ciascun anno relativo al triennio 2011/2014)
	(in lettere) _____

Parametro	Valore offerto
<p data-bbox="293 443 491 618"> <b>c. 1 TASSO CREDITORE SULLE GIACENZE</b>  <b>Max 20 punti</b> </p>	<p data-bbox="518 443 1315 562" style="text-align: center;"> <b>In termini di tasso spread espresso in percentuale rispetto al tasso medio EURIBOR a mesi 1</b> </p> <hr data-bbox="518 739 1315 741"/> <p data-bbox="847 745 983 786" style="text-align: center;">(in cifre)</p> <hr data-bbox="518 958 1315 960"/> <p data-bbox="834 965 995 1005" style="text-align: center;">(in lettere)</p> <hr data-bbox="518 1133 1315 1135"/>
<p data-bbox="293 1323 497 1429"> <b>d. 1 TASSO FISSO MUTUI</b>  <b>Max 15 punti</b> </p>	<p data-bbox="518 1310 1315 1391" style="text-align: center;"> <b>In termini di tasso spread espresso in percentuale rispetto a IRS decennale</b> </p> <hr data-bbox="518 1520 1315 1523"/> <p data-bbox="847 1527 983 1568" style="text-align: center;">(in cifre)</p> <hr data-bbox="518 1785 1315 1787"/> <p data-bbox="834 1792 995 1832" style="text-align: center;">(in lettere)</p> <hr data-bbox="518 2004 1315 2007"/>

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

(Art. 29 Capitolato Speciale)

**a.2 SPORTELLI  
BANCOMAT  
INTERNI  
PRESSO PRESIDI  
E STRUTTURE  
A.S.L.  
Max 15 punti**

N. \_\_\_\_\_ sportelli  
(in termini di sportelli che s'intende rendere operativi previo  
accordo con l'Azienda Sanitaria )

**b.2 SPORTELLI  
BANCARI  
OPERATIVI  
TERRITORIO  
A.S.L.  
Max 5 punti**

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.

c. 2  
**PRECEDENTI  
ESPERIENZE  
GESTIONALI c/o  
AA.SS.LL.  
Max 5 punti**

N. \_\_\_\_\_ **convenzioni**  
(stipulate nel triennio 2008/2010 con AA.SS.LL.)

Indicare le convenzioni soprascritte specificando A.S.L. e anno di stipula:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

**\*IL LEGALE RAPPRESENTANTE**  
*(timbro e sottoscrizione in originale)*

.....

**N.B.** La presente offerta va resa su carta da bollo e con firma per esteso, ai sensi di Legge: dal Titolare per le Imprese individuali o dall'Amministratore o da chi rappresenta la Società; in caso di RR.TT.II. la dichiarazione va resa dal Mandatario e da ciascun Mandante.