**Allegato B1- OFFERTA TECNICA**

**Spett.le CONSORZIO FARMACEUTICO INTERCOMUNALE**

**Via BONAVENTURA RESCIGNO N. 2 H**

 **84133 Salerno - Italia**

**PROCEDURA APERTA**

**per l’affidamento della fornitura ordinaria di farmaci, parafarmaci e altri generi vendibili nelle sedi gestite dal Consorzio Farmaceutico Intercomunale e servizi connessi** ai sensi degli artt. 3, co. 1, lett. ss.) e 60 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., con il criterio di aggiudicazione dell’offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell’art. 95, co.2, del D.lgs. n. 50/2016 e s.m.i.

**LOTTO 1 - CIG A045154619 Importo € 5.000.000,00 IVA esclusa**

**LOTTO 2 - CIG A045261416 Importo € 5.000,000,00 IVA esclusa.**

**Categoria della fornitura: CPV 33690000-3.**

**Modulo dell’offerta**

Il sottoscritto ………………………………………………………………. (cognome, nome e data di nascita) in qualità di …………………...…. (rappresentante legale, procuratore, etc.) dell’impresa ………………………………. con sede in …………………….. C.F. ………………..... P.ta I.V.A. …………………………………………………………………………………………………………

*In caso di associazione temporanea di imprese o consorzi non ancora costituiti aggiungere:*

*quale mandataria della costituenda ATI/Consorzio ………………………………………………………...*

* *il sottoscritto ……………………………………………………………………….. (cognome, nome e data di nascita) in qualità di …………………………. ……… (rappresentante legale, procuratore, etc.) dell’impresa …………….…………………………..…………… con sede in ……………………………………… C.F. ……………………… P.ta I.V.A. .......………………. quale mandante della costituenda ATI/Consorzio…………………………………… ……………………….…..*
* *il sottoscritto ……………………………………………………………………….. (cognome, nome e data di nascita) in qualità di …………………………. ……… (rappresentante legale, procuratore, etc.) dell’impresa …………….…………………………..…………… con sede in ……………………………………… C.F. ……………………… P.ta I.V.A. .......………………. quale mandante della costituenda ATI/Consorzio…………………………………… ……………………….…..*

**presenta/presentano**

per la fornitura oggetto del presente appalto

* **per il LOTTO ......... - CIG…………....**

**l’offerta tecnica come di seguito articolata :**

* il numero di giorni di differimento del pagamento mensile delle fatture ulteriori al termine di pagamento indicato nel capitolato speciale d’appalto di gg. 150 dall’estratto conto chiusura mensile è pari a
* in cifre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* in lettere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* descrizione analitica dei servizi aggiuntivi ed integrativi della fornitura di farmaci e altri prodotti e dei servizi connessi quali :attivazione network, fidelity card, consegne aggiuntive, attività di formazione per il personale, organizzazione di giornate informative per gli utenti, attivazione servizi integrativi in farmacia, iniziative connesse all’implementazione della farmacia dei servizi, ecc. anche allegando documentazione illustrativa dei servizi e delle attività proposte.

**Il/i concorrente/i**

**…………………………..**

(Timbro e firma leggibili)