

Bollo da € 16,00

Spett.le Amministrazione Comunale di Selargius

**MODULO OFFERTA**

**OGGETTO** Procedura negoziata per l'affidamento in appalto del servizio di copertura assicurativa del rischio incendio. Codice CIG 64416498E9.

Importo a base d'asta € 89.700,00, quale premio triennale onnicomprensivo di ogni onere, pari ad € 29.900,00, quale premio annuo onnicomprensivo di ogni onere.

**Durata del contratto:** dalle ore 24,00 del 31/12/2015 alle ore 24,00 del 31/12/2018.

*(Compilare la voce che interessa)*

**Nel caso di Impresa Singola**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia Assicuratrice (singola) \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

**Nel caso di Coassicurazione**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

**(in Coassicurazione con le Compagnie di cui sopra)**

**(Nel caso di Raggruppamento Temporaneo di Compagnie)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
della Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

**(In raggruppamento temporaneo con le compagnie di raggruppamento di cui sopra)**

Con riferimento alle disposizioni contenute nella lettera di invito, nel capitolato speciale

## **OFFRE**

Un ribasso percentuale del \_\_, \_\_ % (in cifre) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (in lettere),  
sull'importo annuo lordo posto a base di gara,

per un importo annuo di € \_\_\_\_\_ (in cifre) diconsi  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (in lettere), quale premio  
onnicomprensivo di oneri ed accessori.

e per un importo biennale di € \_\_\_\_\_ (in cifre) diconsi euro  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (in lettere), quale premio  
onnicomprensivo di oneri ed accessori.

### **DENOMINAZIONE SOCIETA' OFFERENTE**

(ovvero

**Delegataria/Mandataria**) \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

*Firma Leggibile*

-----  
(Legale Rappresentante o Procuratore Società Offerente)

### **1) RAGIONE SOCIALE DELLA SOCIETA' COASSICURATRICE O MANDANTE:**

\_\_\_\_\_

quota di partecipazione del rischio: \_\_\_\_\_ %

*Firma leggibile*

\_\_\_\_\_  
*Legale Rappresentante o Procuratore*

### **2) RAGIONE SOCIALE DELLA SOCIETA' COASSICURATRICE O MANDANTE:**

\_\_\_\_\_

quota di partecipazione del rischio: \_\_\_\_\_ %

*Firma leggibile*

---

*Legale Rappresentante o Procuratore*

**3)RAGIONE SOCIALE DELLA SOCIETA' COASSICURATRICE O MANDANTE:**

---

quota di partecipazione del rischio: \_\_\_\_\_%

*Firma leggibile*

---

*Legale Rappresentante o Procuratore*

**4)RAGIONE SOCIALE DELLA SOCIETA' COASSICURATRICE O MANDANTE:**

---

quota di partecipazione del rischio: \_\_\_\_\_%

*Firma leggibile*

---

*Legale Rappresentante o Procuratore*

- N.B. 1. Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore e/o dei sottoscrittori del presente documento;**  
**2. Allegare copia della procura del procuratore e/o procuratori sottoscrittori.**