Spett.le

Autorità di Sistema Portuale del Mar Ligure Occidentale

**PEC:** [garesf@pec.portsofgenoa.com](mailto:garesf@pec.portsofgenoa.com)

**DICHIARAZIONE DI OFFERTA**

**AVVISO PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI AMBULANZA PRESSO IL SETTORE DELLE RIPARAZIONI NAVALI DEL PORTO DI GENOVA**

In riferimento all’avviso in oggetto pubblicato ai sensi dell'art. 36 comma 2 lett. a) del D.lgs. 50/2016 e s.m.i. sul sito istituzionale dell’Autorità di Sistema Portuale del Mar Ligure Occidentale, il/la sottoscritto/a.........................................in qualità di...............................e come tale legale rappresentante della.............................................con sede in...................................c.f. e P.I.......................................... (di seguito anche solo Operatore)

**DICHIARA**

1. di accettare senza condizione o riserva alcuna, tutte le indicazioni e specifiche previste nell’Avviso e dai relativi allegati della procedura in oggetto, avendone presa visione e piena conoscenza;
2. dI aver preso conoscenza e tenuto conto nella formulazione della quotazione, delle condizioni di cui all’indagine di mercato e relativi allegati e di tutti gli oneri, nonché degli obblighi e degli oneri relativi alle disposizioni in vigore, di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove devono essere eseguito il servizio;
3. di essere iscritto al Registro della CCIAA di ……………… al n. ……………… con oggetto sociale attinente all’oggetto dell’appalto o equivalente registro per le attività in oggetto;
4. di essere iscritto nell’elenco regionale dei soggetti autorizzati all’attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza, istituito con Delibera della Giunta Regionale n. 738 del 05.08.2016, in attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 1385 del 06.11.2014, ai sensi dell’art. 42 sexies L.R. n. 41/2006 s.m.i.;
5. di avere all’interno del proprio organico, le seguenti figure professionali da destinare all’esecuzione del servizio per tutta la sua durata:

* soccorritore in possesso dell’attestato di idoneità allo svolgimento dei servizi di emergenza territoriale: minimo 1 soggetti ( di cui si allega CV);
* autista in possesso dell’attestato di idoneità allo svolgimento dei servizi di emergenza territoriale: minimo 1 soggetti ( di cui si allega CV).

1. di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui all’art. 80 D.lgs. n. 50/2016 s.m.i. o in altri divieti di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
2. di avere la disponibilità, per l’intera durata del servizio, di n. 2 ambulanze aventi i requisiti e le dotazioni previste nell’allegato sub A – lett. 1b “Ambulanze destinate al Servizio di Emergenza Sanitaria 118” alla DGR n. 299 del 12/04/2019 ed inoltre defibrillatore manuale, monitor multi parametro, ventilatore polmonare, di cui si allegano le schede tecniche;
3. di avere attivato la polizza RC n. ………….. con la Compagnia per un massimale pari ad € …………..;

**OFFRE**

Per l’esecuzione del servizio e di tutte le prestazioni necessarie al buon fine dello stesso Il seguente prezzo mensile:

€ **……………** *in numero* (…../… *in cifre*)

Si allega:

* CV personale
* schede tecniche ambulanze offerte;
* frontespizio polizza RC

Luogo e data:

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. (allegare copia del documento di identità del o dei dichiarante/i)**