

Oggetto: Procedura negoziata ai sensi dell' art. 76, comma 2, lett. n. punto 2) del d.lgs. n. 36/2023, e dell' art. 6 del Regolamento degli acquisti sotto soglia approvato con atto n. 135/ dell'11/10/2023 per la fornitura in noleggio triennale di defibrillatori indossabili, prevedendo un eventuale utilizzo dell'istituto del quinto d'obbligo e una eventuale proroga contrattuale di ulteriori 24 mesi e proroga tecnica per l'U.O.C. di Cardiologia e l'U.O.C. di Cardiocirurgia dell'A.O.U.P Paoli Giarone di Palermo.

Mole Incalce in qualità di Rappresentante Legale della Impresa ZOLL Medical Italia srl P.IVA IT03301251207

di: singolo operatore

[illegible][illegible]

C 311.600,00	TOTALE COMPLESSIVO = I.V.A. ESCLUSA
--------------	--

Costi della manodopera già ricompensati nell'importo offerto:	311.600,00 €
Costi della manodopera già ricompensati nell'importo offerto:	158.916,00 €
Indicare il CCNL applicato: Interconfederale Commercio e Turismo CCNL Distribuzione, Servizi, Turismo e Pubblici Servizi Codice: 402A Costi per le misure di adeguamento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro già ricompensati nell'importo offerto:	3.116,00 €

RIBASSO 0,13%

Il canone di noleggio non frazionabile da considerarsi mensile (30 GG) anticipato e rappresenta il minimo possibile di noleggio, è comprensivo di assistenza tecnica del sistema e fornitura di eventuale materiale dedicato o consumabile. La consegna del Dispositivo LifeVest avviene brevi manu, tramite personale ZOLL di zona, entro massimo 36h lavorative dalla richiesta.

Il prezzo di Listino del canone mensile di noleggio è pari a € 6.150,00 pertanto lo sconto percentuale praticato è del 36,67% (indicare eventuali condizioni particolari relative all'appalto, come ad esempio termini di consegna richiesti, conformità del materiale a particolari prescrizioni di legge, e così via).

Il pagamento della fattura elettronica verrà disposto a 60gg dalla data di ricezione della stessa

l'imposta dichiarata di assumere a proprio carico tutte gli oneri assicurativi e previdenziali di legge e di osservare le norme vigenti in materia di sicurezza sul lavoro e di retribuzione dei lavoratori dipendenti, nonché di accettare le condizioni contrattuali e le penalità previste per il presente appalto.

Con la presente si dichiara l'accettazione di quanto indicato sulla Lettera di Invito/Capitolato Speciale e di quanto al foglio Patti e Condizioni.

Piacenza, 15.12.2025

FIRMA LEGGIBILE DEL SOTTOSCRITTORE

Elena Turri - Rappresentante Legale - ZOLL Medical Italia s.r.l.

N.B.

1. Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento dell'identità in corso di validità del soggetto firmatario.
2. Gli dati personali del presente modulo dovranno essere correlati al *Libro della Società e della Relativa Amministrazione*.
3. In caso di aggregamento temporaneo di concorrenti o consorzio ordinario in solidi, l'offerta, va firmata dai rappresentanti dei soggetti concorrenti mandanti.
4. Qualora la documentazione venga sottoscritta dal *procuratore* della società, dovrà essere allegata copia della relativa procura revocabile (GISEMCA) e SPECIFICI o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza.

ZOLL