

U.O.C. E. PROCUREMENT  
DIRETTORE :DOTT.SSA SIMONA DI GIOVANNI  
TEL. 0761 237825 - FAX 0761 237837

## **SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA**

L'Impresa di Assicurazioni sottoscritta si obbliga a fornire i seguenti servizi di copertura assicurativa:  
L'Impresa di Assicurazioni dichiara di aver preso conoscenza di tutte le condizioni che influiscono nella determinazione dei premi e delle condizioni contrattuali, confermando che tali condizioni hanno consentito di formulare l'offerta.

Le informazioni sotto indicate saranno trattate ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196.

### INFORTUNI

Con la presentazione della presente offerta economica l'Impresa/e di Assicurazioni dichiara/no l'accettazione incondizionata del Capitolato di Polizza sopraindicato e di tutta la documentazione di gara.

<b>Categoria</b>	<b>Tipo dato variabile</b>	<b>Premio lordo o tasso lordo applicato</b>	<b>Totale premio annuo lordo</b>
CAT. A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	n. 80 assicurati preventivi	Per assicurato €.....	€.....=
CAT. B) MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI	n. 25 assicurati preventivi	Per assicurato €.....	€.....=
CAT. C) MEDICI CHE ESPLICANO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	n. 75 assicurati preventivi	Per assicurato €.....	€.....=
CAT. D) BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI	n. 10 assicurati preventivi	Per assicurato €.....	€.....=
CAT. E) MEDICI VETERINARI AMBULATORIALI	n. 5 assicurati preventivi	Per assicurato €.....	€.....=
CAT. F) MEDICI DI GUARDIA MEDICA TURISTICA	n. 5 assicurati preventivi	Per assicurato €.....	€.....=
CAT. G) DONATORI DI SANGUE ECC.	Numero di donazioni 12.972	Per ogni donazione €.....	€.....=
CAT. H) DIPENDENTI IN MISSIONE	a. preventivo percorrenza veicoli propri km 2.000.000= b. n. 47 veicoli di proprietà/uso della Contraente	a. Per ogni chilometro €..... b. Per ogni veicolo € .....	€.....= €.....=
CAT. I) MEDICI SPECIALIZZANDI UNIVERSITARI	Numero 13 Assicurati	Per Assicurato €.....	€.....=
CAT. L) UTENTI PORTATORI DI HANDICAP PSICOFISICI	Numero 300 Assicurati	Per Assicurato €.....	€.....=
CAT. M) PERSONALE INFERMIERISTICO PENITENZIARIO	Numero 44 Assicurati	Per Assicurato € .....	€.....=

CAT. N) VOLONTARI	Numero 3 Assicurati	Per Assicurato € .....	€.....=
CAT. O) MEDICI DI ALTRE AZIENDE DEL SSN	Numero 5 Assicurati	Per Assicurato € .....	€.....=
CAT. P) BORSISTI	Numero 2 Assicurati	Per Assicurato € .....	€.....=
CAT. Q) PERSONALE DIPENDENTE PRONTO SOCCORSO	Numero 229 Assicurati	Per Assicurato € .....	€.....=
<b>TOTALE PREMIO ANNUO LORDO</b>			<b>€.....=</b>

**TOTALE OFFERTA ECONOMICA**

<b>Lotto 1 - INFORTUNI</b>	€.....=
<b>TOTALE OFFERTA ECONOMICA ANNUA LORDA</b>	<b>€.....=</b>

*Come da specifica allegata per ciascuna polizza.*

**Data** .....

**Timbro dell'Impresa di Assicurazioni - Firma e qualifica del sottoscrittore**

---



---



---



---