

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEI
SERVIZI DI RECEPTION E PORTIERATO
PRESSO LE SEDI DELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE DELLA
REGIONE CAMPANIA**

ALLEGATO B3

MODELLO RICHIESTA PRELIMINARE DI FORNITURA

Amministrazione Richiedente: _____

Sito in Via _____, _____, _____

N.ro di protocollo __del__

Fornitore _____

Indirizzo _____, Cap _____, Città _____

N° tel _____, N° Fax _____, E-mail _____

RICHIESTA PRELIMINARE DI FORNITURA

Il sottoscritto _____,

per l’Amministrazione _____ Direzione/Dipartimento/Altro _____ C.F. _____

con sede in _____ Via _____ CAP _____ Provincia _____ Tel _____ Fax _____ E-mail _____

di seguito Amministrazione Richiedente

PREMESSO

- a) che in data __/__/__ è stata stipulata una convenzione per l’affidamento del Servizio di Reception e Portierato Lotto _____ CIG _____;
- b) che l’Amministrazione Richiedente rientra tra i soggetti che possono utilizzare la Convenzione stipulata con il Fornitore ai sensi dell’art. 3 del Capitolato Tecnico di Gara;
- c) che la Convenzione ed i suoi allegati regolano i termini generali del rapporto tra le parti e che, in caso di contrasti, le previsioni della stessa prevarranno su quelle degli atti di sua esecuzione.

RICHIEDE

l) che il Fornitore svolga il servizio di Reception e Portierato presso i seguenti Presidi;

| Presidi (Nominativo del Presidio) | Indirizzo (Via, Comune, Provincia e CAP) | Referente eventuale sopralluogo (Nome, Cognome, nr. telefono e email) |
|--------------------------------------|---|---|
| | | Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____ |

ALL. B3 – RICHIESTA PRELIMINARE DI FORNITURA

Pag. 2 di 6

| | |
|--|---|
| | Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____ |
| | Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____ |
| | Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____ |
| | Nome e Cognome _____ Email _____ Telefono _____ Altri recapiti _____ |

II) che il Fornitore comunichi il nome di un Responsabile delle attività, ai sensi dell’art. 7 del Capitolato di Gara, con i relativi recapiti e indirizzi per la gestione della comunicazione per tutta l’intera durata del servizio.

Allegati:

Modulo Presidio 1: _____

Modulo Presidio 2: _____

Modulo Presidio 3: _____

per l’Amministrazione Richiedente

Modulo Presidio 1: _____

Sito in Via _____, _____, _____

Responsabile del Servizio

Nome e Cognome _____

Email _____

Telefono _____

DATA PRESUNTA DI INIZIO EROGAZIONE DEI SERVIZI (riferita al primo servizio attivato)

gg/mm/aa _____

Per l'attivazione del servizio di reception e portierato si richiede il seguente dimensionamento

| Postazione | Stima Dimensionamento richiesto | Giorni / fasce orarie | Note | |
|------------|---------------------------------|-----------------------|------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Eventuali ulteriori note da comunicare al Fornitore

| |
|--|
| |
| |
| |

Dettaglio del personale esterno impiegato

| NUMERO | MONTE ORE SETTIMANALE | LIVELLO |
|--------|-----------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

Modulo Presidio 2: _____

Sito in Via _____, _____, _____

Responsabile del Servizio

Nome e Cognome _____

Email _____

Telefono _____

DATA PRESUNTA DI INIZIO EROGAZIONE DEI SERVIZI (riferita al primo servizio attivato)

gg/mm/aa _____

Per l'attivazione del servizio di reception e portierato si richiede il seguente dimensionamento

| Postazione | Stima Dimensionamento richiesto | Giorni / fasce orarie | Note | |
|------------|---------------------------------|-----------------------|------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Eventuali ulteriori note da comunicare al Fornitore |
|---|
| |
| |
| |

| Dettaglio del personale esterno impiegato | | |
|---|-----------------------|---------|
| NUMERO | MONTE ORE SETTIMANALE | LIVELLO |
| | | |
| | | |
| | | |

Modulo Presidio 3: _____

Sito in Via _____, _____, _____

Responsabile del Servizio

Nome e Cognome _____

Email _____

Telefono _____

DATA PRESUNTA DI INIZIO EROGAZIONE DEI SERVIZI (riferita al primo servizio attivato)

gg/mm/aa _____

Per l'attivazione del servizio di reception e portierato si richiede il seguente dimensionamento

| Postazione | Stima Dimensionamento richiesto | Giorni / fasce orarie | Note | |
|------------|---------------------------------|-----------------------|------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Eventuali ulteriori note da comunicare al Fornitore |
|---|
| |
| |
| |

| Dettaglio del personale esterno impiegato | | |
|---|-----------------------|---------|
| NUMERO | MONTE ORE SETTIMANALE | LIVELLO |
| | | |
| | | |
| | | |