

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

ALLEGATO B4

MODELLO PROPOSTA DEL PIANO DI FORNITURA

Società: _____

Sito in Via _____, _____, _____

N.ro di protocollo della Amministrazione Richiedente ____ del ____

Amministrazione _____

Indirizzo _____, Cap _____, Città _____

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

PROPOSTA PIANO DI FORNITURA

Il sottoscritto _____

Per la Società _____ C.F. _____

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

di seguito Fornitore

a

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.
- d) che l'Amministrazione Richiedente con nota al protocollo n. ___ del ___/___/___ ha inviato una Richiesta Preliminare di

ALL. B4 – PROPOSTA PIANO DI FORNITURA

Pag. 2 di 6

SO.RE.SA. S.p.A. con unico Socio

Sede Legale: Centro Direzionale Isola F9 - 80143 Napoli

Capitale sociale: Euro 500.000,00 i.v.

Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Napoli n. 04786681215

Tel. 081 21 28 174 – Fax 081 75 00 012 - www.soresa.it

Fornitura.

PROPONE

D) la seguente Proposta di Piano di Fornitura dettagliata per singolo presidio di seguito elencato.

Presidi (Nominativo del Presidio)	Indirizzo (Via, Comune, Provincia e CAP)	Servizio (in termini di ore/gg)

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

*In caso di subappalto, il Fornitore è tenuto ad indicare i servizi o le forniture, o parti di servizi e di forniture, che intende subappaltare.
In caso di partecipazione in RTI, il Fornitore è tenuto ad indicare tutte le imprese che costituiscono il raggruppamento.*

Allegati:

Modulo Presidio 1: _____

Modulo Presidio 2: _____

Modulo Presidio 3: _____

per il Fornitore

Modulo Presidio 1: _____

Informazioni generali

Presidio _____ sito in Via _____, _____, _____

Responsabile delle attività

Nome e Cognome _____

Email _____

Telefono _____

DATA 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

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

Modulo Presidio 2: _____

Informazioni generali

Presidio _____ sito in Via _____, _____, _____

Responsabile delle attività

Nome e Cognome _____

Email _____

Telefono _____

DATA 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

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

Modulo Presidio 3: _____

Informazioni generali

Presidio _____ sito in Via _____, _____, _____

Responsabile delle attività

Nome e Cognome _____

Email _____

Telefono _____

DATA 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

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.