

Modena, 13/01/2020

Spett.li
Aziende in indirizzo

Prot. n. 1743

**OGGETTO: MISURA 19.4.1 PSR EMILIA ROMAGNA 2014-2020
RICHIESTA PREVENTIVO PER POLIZZA ASSICURATIVA EX ART.110 CCNL
COMMERCIO, DISTRIBUZIONE E SERVIZI**

**SMART CIG: ZCF2B8753F
CUP: E93G16000220009**

Con la presente siamo a richiedere la vostra migliore offerta per la fornitura in oggetto per la quale vi chiediamo di indicare nella apposita riga dell'ALLEGATO 1- DETTAGLI RICHIESTA PREVENTIVO- il costo complessivo (IVA esclusa) per ottemperare alle necessità imposte dalla rendicontazione delle spese a valere sulla Misura 19.4.01 del PSR Emilia Romagna 2014-2020.

L' ALLEGATO 1 redatto su carta intestata, datato, firmato, timbrato e completo della dichiarazione ai sensi del DPR 445 dovrà pervenire entro e non oltre le **ORE 13,00 DEL 24/01/2020** tramite email all'indirizzo: direzione@galmodenareggio.it, costituirà il preventivo considerato per la procedura di affidamento.

Si precisa che la procedura di confronto dei preventivi e l'aggiudicazione avverrà con le modalità previste dalle disposizioni in materia di appalti di forniture e servizi di cui all'art. 95 del D.lgs. Vo 50/2016 in riferimento al criterio del minor prezzo complessivamente risultante dalle voci indicate.

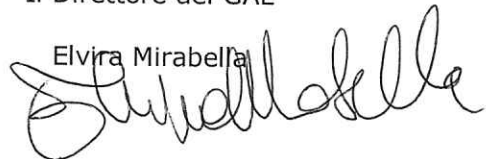
Alla presente richiesta è stato assegnato il codice CIG N°: **ZCF2B8753F** da indicare nell'offerta che vorrete inviarci.

E' possibile richiedere ulteriori informazioni o chiarimenti contattando la dott.ssa. Elvira Mirabella al tel. 059 209261 e/o tramite e-mail/direzione@galmodenareggio.it

Cordiali saluti.

Il Direttore del GAL

Elvira Mirabella



Modena, 13/01/2020

Spett.li
Aziende in indirizzo

Prot. n. 1743

**OGGETTO: MISURA 19.4.1 PSR EMILIA ROMAGNA 2014-2020
RICHIESTA PREVENTIVO PER POLIZZA ASSICURATIVA EX ART.110 CCNL
COMMERCIO, DISTRIBUZIONE E SERVIZI**

SMART CIG: ZCF2B8753F
CUP: E93G16000220009

Con la presente siamo a richiedere la vostra migliore offerta per la fornitura in oggetto per la quale vi chiediamo di indicare nella apposita riga dell'ALLEGATO 1- DETTAGLI RICHIESTA PREVENTIVO- il costo complessivo (IVA esclusa) per ottemperare alle necessità imposte dalla rendicontazione delle spese a valere sulla Misura 19.4.01 del PSR Emilia Romagna 2014-2020.

L' ALLEGATO 1 redatto su carta intestata, datato, firmato, timbrato e completo della dichiarazione ai sensi del DPR 445 dovrà pervenire entro e non oltre le **ORE 13,00 DEL 24/01/2020** tramite email all'indirizzo: direzione@galmodenareggio.it, costituirà il preventivo considerato per la procedura di affidamento.

Si precisa che la procedura di confronto dei preventivi e l'aggiudicazione avverrà con le modalità previste dalle disposizioni in materia di appalti di forniture e servizi di cui all'art. 95 del D.lgs. Vo 50/2016 in riferimento al criterio del minor prezzo complessivamente risultante dalle voci indicate.

Alla presente richiesta è stato assegnato il codice CIG N°: **ZCF2B8753F** da indicare nell'offerta che vorrete inviarci.

E' possibile richiedere ulteriori informazioni o chiarimenti contattando la dott.ssa. Elvira Mirabella al tel. 059 209261 e/o tramite e-mail/direzione@galmodenareggio.it

Cordiali saluti.

Il Direttore del GAL

Elvira Mirabella

ALLEGATO 1 - DETTAGLI RICHIESTA PREVENTIVO

Il GAL ANTICO FRIGNANO E APPENNINO REGGIANO (di seguito GAL) è una società cooperativa, a capitale misto pubblico/privato (60% privato e 40% pubblico) aderente al CCNL del terziario, commercio, distribuzione e servizi.

Per le altre informazioni relative alla natura giuridica del GAL rimandiamo alla visura camerale allegata.

Nella struttura organizzativa del GAL è presente un unico dipendente Quadro per il quale deve essere attivata la copertura assicurativa obbligatoria prevista dall'Art. 110 del CCNL sopra menzionato.

Nell'ottica di verificare la congruità economica dell'affidamento siamo quindi a chiedere la vostra migliore offerta individuata sulla base delle componenti di costo di seguito descritte:

- PREMIO ANNUALE PREVISTO (IVA ESCLUSA) IN RELAZIONE AI DIVERSI MASSIMALI ASSICURABILI
- EVENTUALI ONERI DI GESTIONE AGGIUNTIVI

LUOGO E DATA

FIRMA E TIMBRO

**RICHIESTA PREVENTIVO PER AFFIDAMENTO SERVIZIO SOSTITUTIVO DI MENSA
MEDIANTE BUONI PASTO ELETTRONICI PER IL PERSONALE DIPENDENTE**

**SMART CIG ZCF2B8753F
CUP: E93G16000220009**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
indirizzo di residenza _____ Prov. _____
codice fiscale n. _____ in qualità di _____
dell'impresa _____
con sede legale a _____ Prov. _____
con codice fiscale n. _____ con partita IVA n. _____
con REA n. _____
con tel. , fax, mail _____
PEC _____

DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445:

di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione di cui art. 80 del D.Lgs. 50/2016.

In particolare:

- Di essere in regola rispetto agli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori di cui all' art. 80 del D.Lgs. 50/2016 co. 4 ;
- di essere iscritto nel Registro della Camera di Commercio, industria, artigianato e agricoltura o nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato o presso i competenti ordini professionali;

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

.....

- Acconsente espressamente al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 per le finalità derivanti dall'espletamento della presente procedura;
- E' inoltre consapevole che il GAL Antico Frignano e dell'Appennino Reggiano soc.coop potrà effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese relativamente ai requisiti di ammissione. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il candidato, ferma la responsabilità penale a suo carico ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, è consapevole di poter decadere dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle medesime.

Luogo _____ data _____

In fede
(firma autografa)

Allegati:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità.