



AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE
VALLÉE D'AOSTE

MODULO

CONSIDERATO QUANTO SOPRA PREVISTO

Il/La sottoscritto/a

legale rappresentante della società

con sede legale in

, Via/Località

partita IVA/codice fiscale

;

DICHIARA

- aver preso visione e di accettare le condizioni indicate nel presente Lotto;
- di manifestare interesse per le prestazioni di radiologia diagnostica di cui al presente Lotto;
- di impegnarsi a svolgere i seguenti volumi di attività, applicando lo sconto indicato alla tariffa di cui al vigente tariffario regionale:

<i>Prestazioni di radiodiagnostica</i>			
<i>Prestazioni</i>	<i>Volumi (minimo garantito per struttura)</i>	<i>Sconto proposto</i>	<i>Quantità proposta per ogni prestazione</i>
Ecografie	2600		
Ecografie anche pediatriche	150		
RMN osteoarticolari	775		
RMN colonna	775		
RX	190		
TC dental scan	100		
TC	350		
TC con MDC	150		

- di proporsi per l'effettuazione dell'attività sopra indicata per l'importo massimo di euro

- di accettare che il budget totale per la radiologia diagnostica di cui al presente Lotto deve essere ripartito tra le strutture in maniera equa e paritaria;

- di garantire che le prestazioni di cui all'elenco saranno erogate presso la struttura

sita in

via

;

- di voler aderire al forfait:

☐ sì

☐ no

- se si è indicato sì, di aderire al forfait per i seguenti volumi:

<i>PRESTAZIONE</i>	<i>VOLUMI TOTALI</i>	<i>VOLUMI PROPOSTI</i>
Ecografie	450	
RM	100	
RM colonna	20	
RX	300	
TC	50	

- di accettare che la presentazione del presente Lotto non implica obbligo da parte dell'Azienda USL a stipulare un accordo contrattuale in tal senso ma che la proposta può essere oggetto di successiva contrattazione tra le parti.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE