

**ALLEGATO C8**  
**PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI**  
**DEL COMUNE DI PREGNANA MILANESE**  
**(periodo 31/12/2013 – 31/12/2017)**

**Modulo per Offerta Lotto 8**

**polizza ARD - Danni ai veicoli utilizzati per missioni e adempimenti di servizio o di mandato e non appartenenti all'amministrazione comunale** *(vedere capitolato speciale e relativa scheda di polizza)*

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il  
 \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di *(barrare l'ipotesi che interessa)*

- legale rappresentante  
 procuratore (tale qualifica dovrà risultare dalla documentazione inserita nella Busta A – Documentazione Amministrativa)

della Compagnia \_\_\_\_\_  
 con sede in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. n. \_\_\_\_\_ P.Iva n. \_\_\_\_\_  
 Tel. n. \_\_\_\_\_ Fax n. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**formula la seguente offerta**

Premio annuo lordo a base di gara	euro 1.200,00 euro milleduecento\00
Premio annuo lordo offerto	euro (in cifre) _____ euro (in lettere) _____ <i>calcolato in base al premio di euro _____ per Km, sul preventivo di percorrenza indicato in capitolato e soggetto a regolazione consuntiva</i>

A tal fine dichiara che l'offerta viene presentata *(barrare l'opzione che interessa)*:

- in forma Singola;  
 in Raggruppamento Temporaneo di Impresa;  
 In Coassicurazione;

Con le seguenti Società Assicuratrice e con le quote percentuali rispettivamente indicate :

	Denominazione Società	Ritenzione (%) in coassicurazione / Parte del servizio in RTI
Mandatario / Delegatario		
Mandante / Coassicuratrice		
Mandante / Coassicuratrice		
Mandante / Coassicuratrice		

(In caso di R.T.I. non costituito)

Le imprese come sopra identificate, con la presente offerta assumono l'impegno, in caso di aggiudicazione della gara, a conformarsi alla disciplina di cui all'art. 37 del d.lgs. n.163/2006 riguardante i raggruppamenti temporanei di impresa (R.T.I.).

DATA \_\_\_\_\_

**Società Assicuratrice**

**TIMBRO E FIRMA**

---

---

---

---

---

---

---

---

**N.B.: Nel caso di concorrenti in coassicurazione o RTI , il presente modulo deve essere controfirmato da ciascuna società.**

**La società concorrente/delegataria/coassicuratrice deve controfirmare in calce a ciascuna pagina e nell'apposito spazio sull'ultima pagina.**