

**ALLEGATO C7**  
**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI**  
**DEL COMUNE DI PREGNANA MILANESE**  
**(periodo 31/12/2013 – 31/12/2017)**

**Modulo per Offerta Economica Lotto 7**

**Polizza Infortuni Cumulativa** *(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 / agente  
 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 2.500,00 euro duemilacinquecento\00
Premio Annuo lordo offerto	euro (in cifre) _____ euro _____ (in _____ lettere) _____ <i>risultante dalla sommatoria dei seguenti premi di sezione</i> Sez. A (Amministratori) ..... euro ..... Sez. B (Dipendenti e altri soggetti) ..... euro ..... Sez. C (Volontari occupati in attività di pubblica utilità) euro ..... Sez. D (Partecipanti ai corsi organizzati dal Comune) euro.....

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
Mandataria / Delegataria		
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.**