

Spettabile  
FNOMCeO

Allegato 3

**OGGETTO: Procedura negoziata per L'Assicurazione della Polizza Infortuni della FNOMCeO ai sensi dell'art. 36 D. Lgs. 50/2016 e s.m.i. - CIG n. 669094567B**

Il/la sottoscritto/a

.....  
nato/a a ..... il .....

residente per la carica in .....

via ..... n. ....

in qualità di

.....  
della Società Assicuratrice

.....  
con sede in ..... c.a.p. ....

via ..... n. ....

telefono n. .... telefax n. ....

Codice Fiscale n. .... Partita I.V.A. ....

### DICHIARA

in nome e per conto della Società offerente, nonché delle eventuali Società Coassicuratrici sottoindicate, di esprimere la propria offerta economica avendo preso visione dell'intera documentazione di gara e di accettare le norme e condizioni contenute nel Capitolato Speciale d'Appalto relativo alla sotto indicata copertura assicurativa.

In caso di presentazione di offerta congiunta (R.T.I.), l'offerta stessa dovrà essere sottoscritta anche da ciascuna delle Società partecipanti al raggruppamento.

Dichiara altresì di assumere la partecipazione al rischio nella misura massima del ..... %

Composizione del riparto di coassicurazione (da compilarsi solo in caso di partecipazione al rischio inferiore al 100% da parte della Società offerente)

1. Società .....	quota .....%	Delegataria
2. Società .....	quota .....%	Coassicuratrice
3. Società .....	quota .....%	Coassicuratrice
4. ....		

Il concorrente ..... concorre con la seguente offerta (comprensiva di imposte, oneri accessori, ecc.), giudicata remunerativa e quindi vincolante a tutti gli effetti di legge.

**OFFRE**

un premio annuo lordo pari al risultato del seguente calcolo:

### CATEGORIE ASSICURATE , TIPOLOGIA RISCHIO E PREMI UNITARI

CAT.	ASSICURATI	TIPOL. RISCHIO	N° assicurati	PREMIO LORDO UNITARIO
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidente</li> <li>• Vicepresidente,</li> <li>• Segretario</li> <li>• Tesoriere</li> <li>• Presidente Commissione Odontoiatri</li> </ul> componenti gli Organi istituzionali dei 106 Ordini Provinciali	Rischio Carica	530	€
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiglieri,</li> <li>• Componenti della Commissione Medici Chirurghi e della Commissione Odontoiatri</li> <li>• Revisori dei conti,</li> </ul> componenti gli Organi istituzionali dei 106 Ordini Provinciali	Rischio Carica	1.800	€
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidente</li> <li>• Vicepresidente</li> <li>• Segretario</li> <li>• Tesoriere</li> </ul> Membri del Comitato Centrale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidente della Commissione Odontoiatri</li> </ul>	Rischio Carica	5	€
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altri Membri del Comitato Centrale</li> <li>• Altri Membri della Commissione Medici Chirurghi</li> <li>• Altri Membri della Commissione Odontoiatri</li> <li>• Revisori dei Conti</li> </ul> Componenti gli Organi istituzionali della FNOMCeO	Rischio Carica	23	€
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipanti a riunioni/eventi convocati dalla FNOMCeO, diversi dai soggetti elencati nei punti C e D</li> </ul>	Rischio missione	1.300 giornate/uomo (anticipato salvo regolazione)	€
F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutti i Dipendenti della FNOMCeO e Giornalisti fuori ruolo</li> </ul>	Rischio professionale ed itinere	40	€
PREMIO LORDO COMPLESSIVO				€

Data, \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DELLA DITTA

\_\_\_\_\_

Allegare copia fotostatica della carta d'identità del sottoscrittore.  
 Allegare copia fotostatica della procura in caso di sottoscrizione di un procuratore fornito dei poteri necessari.