

Allegato A/7

SCHEDA COMPARAZIONE PREZZI DA ALLEGARE ALL' OFFERTA

**Procedura aperta consorziata con
l'Azienda Ospedaliera – Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello
per la fornitura quinquennale
di materiale di consumo per l'eliminazione dei rifiuti biologici
con noleggio dei relativi maceratori con assistenza tecnica full risk
Azienda Capofila Arnas Civico-Di Cristina e Benfratelli di Palermo.**

n° 6109580 di gara per AVCP _

Il sottoscritto _____
legale rappresentante della ditta _____ con sede
in _____
partecipante alla gara in oggetto

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che i prezzi * al netto di I.V.A, per gli stessi prodotti, praticati negli ultimi dodici mesi dalla ditta presso altre Aziende Ospedaliere o Sanitarie , sono i seguenti:

****(indicare i tre migliori prezzi praticati negli ultimi dodici mesi, per gli stessi prodotti offerti, presso altre aziende sanitarie)* *.**

Lotto _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | |

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | |

CND _____ /RDM _____



**ARNAS
CIVICO
DI CRISTINA
BENFRATELLI**

PALERMO

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | |

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | |

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | |

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | |

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | |

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | |

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|
 CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|
 CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|
 CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|
 CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|
 CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|
 CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____



art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Lotto _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| a € |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

CND _____ /RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____



art. _____	cod.	a €	
CND _____ /RDM _____			
Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____			

art. _____	cod.	a €	
CND _____ /RDM _____			
Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____			

art. _____	cod.	a €	
CND _____ /RDM _____			
Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____			

art. _____	cod.	a €	
CND _____ /RDM _____			

Lotto _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____			

art. _____	cod.	a €	
CND _____ /RDM _____			
Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____			

art. _____	cod.	a €	
CND _____ /RDM _____			

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | | | | |

CND _____/RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | | | | |

CND _____/RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | | | | |

CND _____/RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | | | | |

CND _____/RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | | | | |

CND _____/RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____

art. _____ cod. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a € | | | | | | | | | | | | | | | | |

CND _____/RDM _____

Azienda Ospedaliera e/o Sanitaria: _____



Il legale rappresentante
