

Allegato A/4

SCHEDA COMPARAZIONE PREZZI DA ALLEGARE ALL' OFFERTA

Procedura aperta per la fornitura annuale (con eventuale rinnovo per ulteriori ventiquattro mesi) di reattivi e materiali di consumo per la prosecuzione del progetto regionale "Programma di screening nella Sicilia occidentale per le malattie metaboliche"

N° di gara per AVCP 6358239

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 _____

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

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: _____

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

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 _____

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 _____

Il legale rappresentante
