

modulo offerta economica

Il sottoscritto _____FRANCO MACCHERONI _____nato a _____TERNI _____il _____31/10/1962 _____, residente a _____TERNI _____

in Via _____CAMPOMICCIOLO _____n.____179/A , nella sua qualità di _____AMMINISTRATORE DELEGATO _____

della ditta _____ARROW DIAGNOSTICS SRL _____ con sede legale in _____GENOVA VIA F.ROLLA 26 16152 _____

C.F./P.IVA _____01383850995 _____, (ripetere dati soggetto se necessario)

ai fini della partecipazione alla Trattativa diretta n° _____1622040 _____, presenta la propria migliore offerta economica come sotto specificato:

Area compilata dal PUNTO ORDINANTE				Area compilata dal FORNITORE			B			
CODICE PRODOTTO	Descrizione	Q.tà numero test	test/conf	Marca	CND	Codice Articolo Fornitore prodotto offerto	Denominazione commerciale del prodotto/Codice articolo prodotto	Prezzo unitario (IVA esclusa)	Prezzo totale per voce (AxB)	Prezzo totale offerta (tutte le voci)
RT10286X	Allplex SARS-CoV-2 Variants I Assay	4500	100	SEEGENE	W0105040599	RV10286X	Allplex™ SARS-CoV-2 Variants I Assay	16,00 €	72.000,00 €	72.000,00 €

N.B. disponibilità prevista a partire dal 15/03/2021

Costi della sicurezza: € 53,28