

## ALLEGATO MODELLO "B"

Spettabile  
ISTITUTO SCRIFFIGNANO  
Piazza Calvario, 82  
94011 Agira (EN)

**OGGETTO: OFFERTA TECNICA ED ECONOMICA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TESORERIA E CASSA DELL’IPAB ISTITUTO DI BENEFICENZA E SCOLASTICO SAC. MARIANO SCRIFFIGNANO SISCARO DI AGIRA PER LA DURATA DI QUATTRO ANNI DECORRENTI DALLA DATA DI AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO E DICHIARAZIONE AI SENSI D.P.R. N. 445/00.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
dell’Istituto bancario/società \_\_\_\_\_, domiciliato in \_\_\_\_\_  
formula la seguente offerta:

### CRITERI ORGANIZZATIVI E TECNICI

Impegno alla attivazione dell’ordinativo informatico <i>(barrare ed eventualmente compilare)</i>	<input type="checkbox"/> Entro _____ mesi dalla aggiudicazione <i>(indicare mesi 6/12/18)</i> <input type="checkbox"/> NO
---	---

### CRITERI ECONOMICI

<b>1. Tasso di interesse attivo</b> da applicare sulle giacenze di cassa dell'Ente e per i depositi che si dovessero costituire presso il Tesoriere, da calcolarsi in riferimento all’Euribor 3 mesi, base 365 giorni, vigente tempo per tempo, aumentato/diminuito di punti percentuali	Punti di aumento _____ / _____ <i>( in cifre e in lettere )</i>  Ovvero  Punti di diminuzione _____ / _____ <i>( in cifre e in lettere )</i>
<b>2. Tasso di interesse passivo</b> da applicare sulle anticipazioni di tesoreria e su anticipazioni a carattere straordinario che dovessero essere autorizzate da specifiche leggi e che si rendesse necessario concedere durante il periodo di gestione del servizio da calcolarsi in riferimento a Euribor 3 mesi, base 365 giorni, vigente tempo per tempo, aumentato/diminuito di _____ punti percentuali	Punti di aumento _____ <i>( in cifre e in lettere )</i>  Ovvero  Punti di diminuzione _____ / _____ <i>( in cifre e in lettere )</i>
<b>3. Ai fini dell’eventuale corrispettivo integrativo del Servizio, si dichiara che</b> <i>(barrare e specificare se del caso)</i>	<input type="checkbox"/> Il Servizio sarà svolto a titolo gratuito <input type="checkbox"/> Viene richiesto un corrispettivo integrativo annuo per svolgere il servizio, pari a € _____ / _____ <i>(in cifre e in lettere)</i>

<p><b>4. Commissione da porre a carico del beneficiario sui pagamenti (bonifici etc.)</b> <i>(barrare ed eventualmente compilare)</i></p>	<p>Per pagamenti su conti tenuti presso lo stesso Istituto del Tesoriere:</p> <p><input type="checkbox"/> GRATUITO</p> <p><input type="checkbox"/> Importo unitario € _____ / _____ <i>( in cifre e in lettere )</i></p> <p>Per pagamenti su conti tenuti presso Istituti diversi da quello del Tesoriere</p> <p><input type="checkbox"/> Importo unitario € _____ / _____ <i>( in cifre e in lettere )</i></p>
<p><b>5. Offerta di contributo annuale per le attività di assistenza svolte dall'IPAB Istituto Scriffignano</b></p>	<p>Contributo offerto:</p> <p>€ _____ / _____ <i>( in cifre e in lettere )</i></p>

Data \_\_\_\_\_

Firma del titolare o legale rappresentante che presenta l'offerta

(Allegare copia fotostatica del documento di identità del firmatario – art. 38, comma 3 D.P.R. n. 445/2000)