**AL DIRETTORE DEL CONSORZIO**

**PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI WELFARE**

 **AMBITO DI POGGIARDO**

**Via Don Minzoni 6**

**73037 POGGIARDO**

**OGGETTO: Offerta Economica per l’affidamento del servizio di trasporto di utenti disabili dell’Ambito Territoriale di Poggiardo.**

 **Procedura di gara - CIG: Z5822B2722**

**La/il sottoscritta/o**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome  |  |
|  |  |
| Nato/a a |  | Prov. |  | il |  |
|  |  |
| Residente a |  |  | Prov. |  |
|  |  |
| Indirizzo |  | CAP |  |
|  |  |
| In qualità di legale rappresentante dell’ASSOCIAZIOONE DI VOLONTARIATO |  |
|  |
| Con sede in |  |
|  |  |  |  |
| Indirizzo |  |
|  |  |  |  |
| Tel.  |  | Fax |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| e-mail/pec |  |
|  |  |
| C.F./P.I.  |  |

presa visione dell’Avviso relativi all’affidamento del **Servizio trasporto di utenti anziani e disabili dell’Ambito Territoriale di Poggiardo pubblicato in data 12/03/2018**

**DICHIARA**

1. ***Di offrire per il servizio il ribasso percentuale- in cifre ed in lettere- di seguito indicato:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Ribasso % in cifre sull’importo a base di gara** | **Ribasso % in lettere** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_% | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per cento |

Data ………………..

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE