### ALLEGATO C

**Facsimile lettera di offerta in carta legale o resa legale**

 Spett.

 Albalonga Srl in liq.ne e in C.P. n. 15/2012

 Via P. Mascagni n. 2 bis

 00041 Albano Laziale (RM)

Il sottoscritto fornitore................................................presa visione del capitolato speciale e del disciplinare di gara per la fornitura di prodotti farmaceutici per le farmacie comunali gestite dalla Albalonga S.r.l. in liq.ne ed in C.P. 15/2012, dichiara di accettare, senza riserva né restrizione alcuna, le clausole e condizioni tutte contenute nei suddetti documenti di gara e si impegna, qualora la sua offerta venga accolta, ad assumere la fornitura agli sconti appresso indicati:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

LOTTO 1

**Classe di prodotti Peso % sconto minimo%**

SPECIALITA’ MEDICINALI CLASSE A e C 70% \_\_\_\_\_\_ (in cifre)

E FARMACI VETERINARI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(esclusi i farmaci equivalenti classe A e C) (in lettere)

PARAFARMACI 30% \_\_\_\_\_\_ (in cifre)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (in lettere)

Si indicano i costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in

materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (diversi dagli eventuali costi da

interferenza non soggetti a ribasso) pari a Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (lettere e cifre)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LOTTO 2**

**Classe di prodotti Peso % sconto minimo%**

SPECIALITA’ MEDICINALI CLASSE A e C 70% \_\_\_\_\_\_ (in cifre)

E FARMACI VETERINARI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(esclusi i farmaci equivalenti classe A e C) (in lettere)

PARAFARMACI 30% \_\_\_\_\_\_ (in cifre)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (in lettere)

Si indicano i costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (diversi dagli eventuali costi da interferenza non soggetti a ribasso) pari a Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (lettere e cifre)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data.................................. Timbro e firma del legale rappresentante