**ALLEGATO F**

**MODELLO DI OFFERTA TECNICA**

Procedura aperta ai sensi del D.Lgs. n. 163/2006 per l’affidamento dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa per il personale dipendente non dirigente di IPZS, pubblicata nel Supplemento alla Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea in data 16/07/2013 con il numero di riferimento n. 236259-2013-IT.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome e nome)

in nome del concorrente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nella sua qualità di:**

(barrare la casella che interessa)

□ Titolare o rappresentante

□ Procuratore speciale / generale

**soggetto che partecipa alla gara in oggetto, ai sensi dell’art.34, D.Lgs. n.163/2006, nella sua qualità di:**

**(barrare la casella che interessa)**

□ Impresa individuale;

□ Società, specificare tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Consorzio fra società cooperativa di produzione e lavoro;

□ Consorzio tra imprese artigiane;

□ Consorzio stabile;

□ Mandataria di un Raggruppamento temporaneo

□ costituito □ non costituito;

□ Consorzio ordinario

□ costituito □ non costituito;

□ Capofila GEIE contrattualizzato;

*(ripetere quanto segue, compilando in tutte le sue parti, tante volte quante sono le imprese partecipanti a RTI, Consorzi o GEIE costituiti o costituendi)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome e nome)

in nome del concorrente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nella sua qualità di:**

(barrare la casella che interessa)

□ Titolare o rappresentante

□ Procuratore speciale / generale

**soggetto che partecipa alla gara in oggetto, ai sensi dell’art.34, D.Lgs. n.163/2006, nella sua qualità di:**

(barrare la casella che interessa)

□ Mandante di un Raggruppamento temporaneo costituito;

□ Mandante di un Raggruppamento temporaneo non costituito;

□ Mandante di un Consorzio ordinario costituito;

□ Mandante di un Consorzio ordinario non costituito;

□ Consorziata di un Consorzio fra società cooperative di produzione e lavoro, fra imprese artigiane, consorzi stabili;

□ Partecipante GEIE non contrattualizzato;

**PRESENTA**

**in conformità a quanto previsto dalle disposizioni del Disciplinare di Gara Titolo II punto 3, la seguente**

**RELAZIONE TECNICA**

PROPOSTE RELATIVE A: CAPACITA’ DEL SERVIZIO DELLA CENTRALE OPERATIVA, COPERTURA DELLA RETE CONVENZIONATA, INSERIMENTO NUOVE GARANZIE E PERCENTUALE MINIMA DI ADESIONI FAMILIARI COME SOTTO INDICATO:

1. CAPACITA’ DEL SERVIZIO DELLA CENTRALE OPERATIVA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CAPACITA’ DEL SERVIZIO DELLA CENTRALE OPERATIVA** | | | |
| **ID Criterio** | **Descrizione** | **Requisito base** | **Offerta ( i valori dovranno essere tassativamente scelti tra quelli previsti in tabella 2 del Disciplinare)** |
| 1.1 | Numero di operatori della Centrale operativa alle dipendenze della compagnia (che operino esclusivamente nella gestione di polizze sanitarie) | 100 operatori | N. \_\_\_\_\_\_\_\_ (N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| 1.2 | Personale medico dipendente della Compagnia | 3 medici | N. \_\_\_\_\_\_\_\_ (N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| 1.3 | Possibilità di effettuare le comunicazioni relative a richieste, prestazioni e rimborsi on-line da parte dell’assicurato | No | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.4 | Tempo di gestione del servizio di prenotazione on-line delle prestazioni mediche (esclusi i ricoveri) presso i centri convenzionati | Entro 72 ore | Entro \_\_\_\_\_\_\_\_ ore (Entro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore ) |

1. COPERTURA RETE CONVENZIONATA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COPERTURA RETE CONVENZIONATA** | | | |
| **ID**  **Criterio** | **Descrizione** | **Rete Base** | **Offerta ( i valori dovranno essere tassativamente scelti tra quelli previsti in tabella 3 del Disciplinare)** | |
| 2 | Copertura Rete Convenzionata | Minimo 28 strutture convenzionate nel Lazio (1), di cui almeno 20 ospedali/Istituti di cura, almeno 5 poliambulatori (non inclusi tra i precedenti ospedali/Istituti di cura), almeno 3 tra centri odontoiatrici e fisioterapici (non inclusi tra i precedenti ospedali/Istituti di cura e poliambulatori)  Minimo 8 strutture convenzionate in Puglia, di cui almeno 5 ospedali/Istituti di cura, almeno 3 poliambulatori (non inclusi tra i precedenti ospedali/Istituti di cura)  Minimo 5 strutture convenzionate in Valle d’Aosta e Piemonte, di cui almeno 3 ospedali/Istituti di cura, almeno 2 poliambulatori (non inclusi tra i precedenti ospedali/Istituti di cura) | Strutture convenzionate aggiuntive rispetto al minimo richiesto nel Lazio1:  \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ospedali/Istituti di cura  \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) poliambulatori (non inclusi tra i precedenti ospedali/Istituti di cura)  Strutture convenzionate aggiuntive rispetto al minimo richiesto in Puglia:  \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ospedali/Istituti di cura  \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) poliambulatori (non inclusi tra i precedenti ospedali/Istituti di cura)  Strutture convenzionate aggiuntive rispetto al minimo richiesto in Valle d’Aosta e Piemonte:  \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ospedali/Istituti di cura  \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) poliambulatori (non inclusi tra i precedenti ospedali/Istituti di cura) | |

1 *il numero complessivo di strutture disponibili nel comune di Roma (minimo+incremento) dovrà essere pari almeno al 70% del numero totale di strutture disponibili nella Regione Lazio (minimo+incremento)*

Elenco strutture aggiuntive rispetto al minimo richiesto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ospedali/Istituti di cura nel Lazio | | | | | |
| N. | Denominazione | Indirizzo | CAP | Comune (Provincia) | Telefono |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poliambulatori nel Lazio | | | | | |
| N. | Denominazione | Indirizzo | CAP | Comune (Provincia) | Telefono |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ospedali/Istituti di cura in Puglia | | | | | |
| N. | Denominazione | Indirizzo | CAP | Comune (Provincia) | Telefono |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poliambulatori in Puglia | | | | | |
| N. | Denominazione | Indirizzo | CAP | Comune (Provincia) | Telefono |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ospedali/Istituti di cura in Valle d’Aosta e Piemonte | | | | | |
| N. | Denominazione | Indirizzo | CAP | Comune (Provincia) | Telefono |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poliambulatori in Valle d’Aosta e Piemonte | | | | | |
| N. | Denominazione | Indirizzo | CAP | Comune (Provincia) | Telefono |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

1. INSERIMENTO DI NUOVE GARANZIE:

Dettagliare di seguito servizi e garanzie migliorative:

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

1. PERCENTUALE MINIMA DI ADESIONI FAMILIARI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PERCENTUALE MINIMA DI ADESIONI FAMILIARI | | | |
| **ID Criterio** | **Descrizione** | **Minimo base** | **Offerta ( i valori dovranno essere tassativamente scelti tra quelli previsti in tabella 5 del Disciplinare)** |
| 4 | Percentuale minima delle adesioni dei singoli familiari rispetto al numero dei dipendenti assicurati (1.769) | 15% | \_\_\_\_\_\_\_\_ %( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%) |

*……………………………………………………..*

*Data Timbro e firma* (\*)

(\*) Si precisa che:

* in caso di *RTI/GEIE costituito*, l’offerta deve essere sottoscritta dal rappresentante (ovvero da procuratore del rappresentante, munito di procura notarile) dell’Impresa mandataria/capofila;
* in caso di *Consorzio ordinario costituito*, l’offerta deve essere sottoscritta dal rappresentante (ovvero da procuratore del rappresentante, munito di procura notarile) del Consorzio stesso.
* in caso di *RTI, Consorzio ordinario o GEIE costituendo*, l’offerta deve essere sottoscritta dai rappresentanti (ovvero da procuratori dei rappresentanti, muniti di procura notarile) di tutte le Imprese raggruppande/consorziande;
* in caso di *Consorzi di cui all’art. 34, comma 1, lett. b) e c)*, *del D.Lgs. n.163/2006*, l’offerta deve essere sottoscritta dal rappresentante (ovvero da procuratore del rappresentante, munito di procura notarile) del Consorzio.