



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

ALLEGATO D
SERVIZIO DI TESORERIA DELL'ASL TO4

Ditta offerente: _____

Sede legale: _____

OFFERTA ECONOMICA

Descrizione	VALORIZZAZIONE su base ANNUA (T)
<p>A) SAGGIO DI INTERESSE PER LE ANTICIPAZIONI DI CASSA Assunto come parametro l'EURIBOR 3 mesi base 365, media trimestre in corso vigente tempo per tempo, senza applicazioni di commissioni di massimo scoperto, l'offerente dovrà indicare lo "SPREAD" rispetto a tale parametro in misura di punto (o percentuale di punto) che intende applicare sulle anticipazioni di cassa (ordinarie e straordinarie)</p> <p><u>Riferimento:</u> <u>ANTICIPAZIONE ORDINARIA</u> <u>Anno 2017 tetto € 77.364.598,00= (C)</u></p>	<p>% _____ (R)</p> <p>+ € _____ [(C x R x T)/100]</p>
<p>B) SAGGIO DI INTERESSE PER LE GIACENZE ATTIVE</p> <p><u>Riferimento: giacenza media attiva</u> <u>Anno 2017 € 2.000.000= (C)</u></p>	<p>% _____ (R)</p> <p>- € _____ [(C x R x T)/100]</p>
<p>C) EVENTUALE CONTRIBUTO ANNUO</p>	<p>- € _____</p>

<p>D) CANONE MENSILE SERVIZIO COMPLETO RISCOUOTITORI AUTOMATICI (valore per singola apparecchiatura richiesta e valore annuo complessivo)</p>	<p>POSTAZIONE BANCOMAT: (apparecchiature richieste n. 12)</p> <p>€ _____ (a) (canone mensile per apparecchiatura)</p> <p>D1) + € _____ (a x 12 mesi x 12 n. apparecchiature)</p> <p>POSTAZIONE BANCOMAT + CONTANTI: (apparecchiature richieste n. 34)</p> <p>€ _____ (b) (canone mensile per apparecchiatura)</p> <p>D2) + € _____ (b x 12 mesi x 34 n. apparecchiature)</p>
<p>TOTALE COMPLESSIVO ANNUALE (A - B - C + D1 + D2)</p>	<p>€ _____</p>
<p>TOTALE COMPLESSIVO SETTENNALE</p>	<p>€ _____</p>
<p>Postazioni attualmente in essere: OMNIA NO CASH: n. 16 OMNIA EVO: n. 30</p>	
<p>Le postazioni devono prevedere pagamento ticket mediante denaro contante e/o bancomat, in quest'ultimo caso, mediante Bancomat abilitato al circuito bancario, Bancoposta e mediante carte di credito dei vari circuiti in uso.</p>	

Aliquota IVA (se dovuta):

Timbro e Firma
del legale rappresentante della Istituto Bancario

Luogo Data

DETTAGLIO DI ALCUNI COSTI
(NON OGGETTO DI VALUTAZIONE ECONOMICA)

SPESE COMMISSIONI SU BONIFICI STESSO ISTITUTO BANCARIO	€ _____
SPESE COMMISSIONI PAGAMENTI TRAMITE POS	€ _____
SPESE COMMISSIONI PAGAMENTI RISCUOTITORI AUTOMATICI	€ _____

CANONE MENSILE FISSO PER OGNI POS AGGIUNTO INSTALLATO (rispetto alla dotazione presente)	€ _____
CANONE MANSILE FISSO PER OGNI POS DA TAVOLO E TECNOLOGIA “MOBILE” (POS in abbinamento con smartphone o tablet dedicati alla libera professione	€ _____
CANONE MENSILE FISSO PER OGNI RISCUOTITORE AUTOMATICO AGGIUNTIVO (rispetto a quelli già indicati in allegato)	€ _____

Timbro e Firma
del legale rappresentante della Istituto Bancario

Luogo Data

_____, _____