

INDAGINE DI MERCATO – AVVISO A MANIFESTARE INTERESSE

**PER L'INDIVIDUAZIONE E SELEZIONE DI OPERATORI ECONOMICI DA INVITARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA AI SENSI DELL'ART.36, CO.2, LETT. B) DEL D.Lgs. 50/2016 e SS.MM.II. PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO “RIMBORSO SPESE MEDICHE A FAVORE DEL PERSONLE DIPENDENTE” di AGECONTROL S.p.A.
CIG: 7465964465**

Con il presente avviso l'AGECONTROL S.p.A., con sede legale in Roma via G. B. Morgagni n. 30 H cap: 00161, in esecuzione della Richiesta di Fornitura n. 68 del 23/04/2018 del Dirigente Area Amministrativa, a ciò delegato con Determina dell'Amministratore Unico n. 2 dell'8/07/2014, ratificata dall'Amministratore Unico, dott.ssa Simona Angelini, nominato il 7 settembre 2016, intende effettuare un'indagine di mercato per l'individuazione degli operatori economici da invitare a procedura negoziata per l'affidamento del servizio assicurativo “Rimborso Spese Mediche a favore del personale dipendente” di AGECONTROL S.p.A. ai sensi dell'art. 36, comma 2, lettera b) del D. Lgs. n. 50/2016,

RENDE NOTO CHE

Il presente avviso è finalizzato esclusivamente a ricevere manifestazioni d'interesse per favorire la partecipazione e la consultazione di operatori economici, in modo non vincolante per AGECONTROL S.p.A., che si riserva la possibilità di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte, il procedimento avviato e di non dar seguito all'indizione della successiva gara informale per l'affidamento del servizio di cui trattasi, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa; nonché di procedere con l'invio della lettera di invito alla presentazione dell'offerta anche in presenza di un'unica manifestazione di interesse valida.

1. OGGETTO DELL'APPALTO

L'appalto ha per oggetto il servizio assicurativo - (CPV 66512220) - per la polizza “Rimborso Spese Mediche a favore del personale dipendente AGECONTROL S.p.A.”, costituito da numero 244 dipendenti e relativi nuclei familiari.

Si precisa che il Contraente della polizza dovrà essere una Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

2. CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE

L'affidamento verrà aggiudicato con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell'art. 95 del D. lgs. 50/2016 ss.mm.ii.

3. DURATA DELL'APPALTO

La durata del contratto oggetto del presente appalto è fissata dalla data di stipula del contratto, fino alle ore 24,00 del 31 dicembre 2018.

4. IMPORTO DELL'APPALTO

Il valore complessivo presunto del presente appalto è stabilito in € 45.000,00. Gli importi dei premi sono comprensivi di ogni imposta e/o onere fiscale nonché dei contributi per l'adesione alla Cassa di Assistenza ed esclusione, laddove previste, le regolazioni premio.

Data la natura del servizio in oggetto e le modalità di svolgimento del contratto, non sono previsti particolari rischi ai fini della sicurezza, rispetto a quelli specifici dell'attività propria dell'operatore economico, dunque non è necessaria l'elaborazione del documento unico di valutazione dei rischi da interferenze (D.U.V.R.I.). Pertanto il relativo costo specifico per la sicurezza è pari a 0 (zero).

5. PROCEDURA DI GARA

Qualora la Stazione appaltante stabilisca di dar corso alla successiva procedura negoziata, in conformità a quanto stabilito dall'art. 36 comma 2 lettera b) del D. Lgs. 50/2016, l'invito a presentare offerta sarà inviato tramite pec ai soggetti che abbiano utilmente formulato la manifestazione di interesse.

Nella lettera di invito saranno ulteriormente specificate le condizioni contrattuali, i criteri per la valutazione delle offerte, i capitolati tecnici, le statistiche sinistri e gli ulteriori documenti da produrre.

6. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

La presentazione della manifestazione di interesse è riservata alle compagnie di assicurazione che abbiano legale rappresentanza e stabile organizzazione in Italia, in possesso dell'autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni private con riferimento al ramo assicurativo di cui alla presente indagine di mercato – avviso di manifestazione di interesse, in base al D. Lgs. n. 209/2005 e ss.mm.ii., in conformità agli artt. 45, 47 e 48 del Codice dei contratti nonché in possesso dei requisiti previsti dal presente avviso e relativi allegati.

Possono partecipare anche compagnie di assicurazione appartenenti ad altri stati membri dell'unione europea, purché sussistano le condizioni richieste dalla vigente normativa per l'esercizio dell'attività assicurativa in regime di libertà di stabilimento (art. 23 D. Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii) o in regime di libera prestazione di servizi (art. 24 D. Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.) nel territorio dello stato italiano, in possesso dei requisiti minimi di partecipazione.

Ferma la copertura del 100% del rischio afferente la polizza oggetto della presente indagine di mercato e compatibilmente con le previsioni di legge vigenti, possono manifestare interesse, e pertanto partecipare alla successiva procedura negoziata, gli operatori economici, i raggruppamenti di operatori economici e le associazioni temporanee di cui all'art. 45 del Codice dei contratti e precisamente:

- soggetti di cui all'art. 45 comma 1 del citato Codice;
- soggetti pubblici o organismi pubblici (determinazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture n. 7 del 21 ottobre 2010), ad esclusione delle società di cui all'art. 13 del D.L. 4 luglio 2006, n. 223 convertito con L. 4 agosto 2006, n. 248 ss.mm.ii.
- le imprese, i consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lettere b) e c) del Codice, ammessi a procedura di concordato preventivo con continuità aziendale, ovvero autorizzate dal Tribunale a partecipare a procedure di affidamento di contratti pubblici di cui all'art. 186 bis del R.D. n. 267/1942 e ss. mm. e ii. possono concorrere alle condizioni previste nel citato articolo, nonché dall'art. 110 commi 3,4 e 5 del Codice, anche riunite in raggruppamento temporaneo di imprese, purché non rivestano la qualità di mandataria e sempre che le altre imprese aderenti al raggruppamento non siano assoggettate ad una procedura concorsuale.

Per la partecipazione dei consorzi di cui all'art. 45 comma 2, lett. b) e c) si applica l'art. 47 del Codice la soglia minima richiesta per soddisfare i requisiti di capacità economica - finanziaria e di capacità tecnica - professionale, deve essere posseduta dal consorzio e/o dalle consorziate per le quali il consorzio concorre salvo che per quelli relativi alla disponibilità delle attrezzature e dei mezzi d'opera, nonché all'organico medio annuo per i quali il consorzio può utilizzare i requisiti dei soggetti suoi consorziati.

Gli operatori economici concorrenti dovranno garantire le prestazioni previste dalla polizza assicurativa per l'intera durata contrattuale attraverso una Cassa di Assistenza con le seguenti caratteristiche:

- regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari ai sensi del Decreto del Ministero del Lavoro 27/10/2009.
- avere esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, iscritti all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del lavoro del 27.10.2009, abilitati a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi;
- aver destinato, alle prestazioni di cui all'art. 1, comma 3, del decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, come modificato dal decreto 27 ottobre 2009 del Ministro del lavoro, risorse per una quota non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti;

L'individuazione della Cassa, con l'impegno del concorrente a garantire la disponibilità di cui sopra, dovrà essere effettuata, in sede di offerta.

Per tutti gli operatori economici devono ricorrere tutte le condizioni di seguito indicate:

- *Requisiti generali:*

Insussistenza delle cause di esclusione previste ex art. 80 del Codice;

- *Requisiti di idoneità professionale (ai sensi dell'art. 83 comma 3 D.Lgs. 50/2016)*

Gli Operatori Economici, se cittadini italiani o di altro Stato membro dell'Unione Europea residenti in Italia, devono essere iscritti nel registro della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura o nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato, o presso i competenti ordini professionali. Al soggetto di altro Stato membro non residente in Italia, è richiesta la prova dell'iscrizione (secondo le modalità vigenti nello Stato di residenza) in uno dei registri professionali o commerciali di cui all'allegato XVI al Codice, mediante dichiarazione giurata o secondo le modalità vigenti nello Stato membro nel quale è stabilito, ovvero mediante attestazione, sotto la propria responsabilità, che il certificato prodotto è stato rilasciato da uno dei registri professionali o commerciali istituiti nel Paese in cui è residente;

Le imprese aventi sede legale in Italia devono possedere autorizzazione IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) o altra documentazione analoga rilasciata dal Ministero del bilancio e della programmazione economica (oggi Ministero per lo sviluppo economico) e/o dal CIPE, all'esercizio in Italia nel ramo assicurativo oggetto della presente manifestazione di interesse cui gli operatori economici intendano partecipare (per le imprese aventi sede legale in Italia);

Le imprese aventi sede legale in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia devono possedere autorizzazione IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) o altra documentazione analoga rilasciata dal Ministero del bilancio e della programmazione economica (oggi Ministero per lo sviluppo economico) e/o dal CIPE, all'inizio delle attività in Italia (riferita al ramo assicurativo relativo al presente avviso di manifestazione di interesse in regime di libertà di stabilimento in Italia) per il tramite della propria sede secondaria in Italia, oppure autorizzazione IVASS, o altra documentazione analoga rilasciata dal Ministero del bilancio e della programmazione economica (oggi Ministero per lo sviluppo economico) e/o dal CIPE, inerente la regolarità della documentazione ricevuta (riferita al ramo assicurativo relativo al presente avviso di manifestazione di interesse in regime di libera prestazione di servizio in Italia) nonché di aver comunicato all'ufficio del Registro di Roma ed all'IVASS nomina del proprio rappresentante fiscale o l'autorizzazione rilasciata dal Paese di provenienza.

- *Capacità economica e finanziaria (ai sensi dell'art. 83 comma 4 D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.)*

L'operatore economico deve aver effettuato una raccolta premi assicurativi nel ramo Rimborso Spese Mediche nel triennio 2014 – 2016, pari ad almeno due volte il valore del presente appalto per ciascuno degli anni suindicati

- *Capacità tecniche e professionali (ai sensi dell'art. 83 D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.)*

Gli operatori economici devono aver stipulato nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso, in favore di Pubbliche Amministrazioni e/o Aziende pubbliche o private almeno n. 3 (tre) contratti per servizi assicurativi nel ramo "rimborso spese mediche" di cui almeno 1 (uno) con premio annuo lordo non inferiore al valore annuo del presente appalto.

I concorrenti devono possedere alla data del 31.12.2017 un numero minimo di convenzioni come di seguito riepilogato:

1. Rete convenzionata con strutture abilitate al ricovero (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) presso le quali sia attivo il servizio di pagamento diretto delle spese previste nel contratto: 200 strutture su tutto il territorio nazionale (incluse strutture pubbliche) distribuite sul territorio nazionale;

A pena di esclusione, in caso di partecipazione plurisoggettiva, i requisiti dichiarati devono essere posseduti:

- a) requisiti generali: ciascun soggetto deve esserne in possesso;
- b) requisiti di idoneità professionale: ciascun soggetto deve esserne in possesso;
- c) requisiti di capacità economica e finanziaria: Nel caso di raggruppamento temporaneo/associazione temporanea/consorzi ex art. 48 del Codice, possono essere cumulativamente dimostrati, fermo restando che l'impresa mandataria deve possedere tale requisito in maniera maggioritaria rispetto alle mandanti; nel caso di coassicurazione, ciascun soggetto deve esserne in possesso;
- d) requisiti e capacità tecnica e professionale: Nel caso di raggruppamento temporaneo/associazione temporanea/consorzi ex art. 48 del Codice, possono essere cumulativamente dimostrati, fermo restando che l'impresa mandataria deve possedere tale requisito in maniera maggioritaria rispetto alle mandanti. Nel caso di coassicurazione devono essere in capo alla Delegataria.

È ammessa la coassicurazione ai sensi dell'art.1911 c.c. Si precisa che gli operatori economici che hanno presentato singolarmente manifestazione di interesse e dichiarato di partecipare come impresa singola, che saranno successivamente invitati alla procedura, possono decidere di coassicurarsi o di raggrupparsi anche al momento di presentazione dell'offerta, allegando alla stessa le dichiarazioni di cui al punto C) del *Modello di manifestazione di interesse*.

Relativamente ai requisiti di capacità economico-finanziari e tecnico-professionali è ammesso, altresì, l'avvalimento alle condizioni di cui all'art.89 D. Lgs. 50/2016 ss.mm.ii.

7. TERMINE E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Per la manifestazione d'interesse, dovrà essere utilizzato il modulo "Allegato A", redatto in lingua italiana, debitamente compilato e sottoscritto dal legale rappresentante o soggetto munito di procura. Alla dichiarazione dovrà essere allegata la fotocopia di un documento di identità in corso di validità del legale rappresentante e del sottoscrittore (se diverso dal legale rappresentante).

Si precisa che la suddetta manifestazione d'interesse dovrà essere inoltrata via PEC all'indirizzo: protocollo@pec.agecontrol.it , **a partire dalle ore 12,00 del 03/05/2018 fino alla scadenza del termine fissato alle ore 12,00 del 07/05/2017**, facendo fede l'orario di arrivo del sistema di protocollo dell'Agecontrol S.p.A.. Nel messaggio l'oggetto deve riportare "MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO RSMediche". L'indirizzo PEC a cui inviare la richiesta è il seguente: protocollo@pec.agecontrol.it

Le dichiarazioni generiche o incomplete non saranno prese in considerazione.

Il candidato è tenuto a specificare con esattezza tutti gli elementi e i dati necessari per una corretta valutazione.

Il recapito del materiale rimane ad esclusivo rischio del mittente.

Non saranno ammesse le manifestazioni di interesse:

- pervenute oltre il limite temporale sopra citato o trasmesse in altre modalità;
- non sottoscritte o non corredate da copia del documento di identità in corso di validità.

NUMERO DI OPERATORI DA INVITARE ALLA SUCCESSIVA FASE DI GARA

Verranno invitati alla procedura i primi dieci operatori economici che avranno presentato richiesta di invito e che risultino in possesso dei necessari requisiti.

La cronologia verrà determinata sulla base dell'ordine nel quale perverranno le manifestazioni di interesse all'indirizzo PEC sopra specificato, dell'Agecontrol Spa.

Qualora il numero di operatori interessati fosse superiore a dieci, la Agecontrol Spa si riserva, a proprio sindacabile giudizio, di ampliare il numero di inviti sino ad un massimo di quindici.

La Agecontrol Spa procederà comunque all'esperimento della procedura negoziata anche nel caso pervenisse un numero di manifestazioni di interesse inferiore a dieci.

L'invito degli operatori economici verrà effettuato mediante posta elettronica certificata (PEC).

8. ULTERIORI INFORMAZIONI

Il trattamento dei dati inviati dai soggetti interessati si svolgerà conformemente alle disposizioni contenute nel D.lgs.196/2003 ss.mm.ii, per finalità unicamente connesse alla procedura in argomento.

Il presente avviso è pubblicato sul sito internet di Agecontrol S.p.A. www.agecontrol.it nella sezione "Società Trasparente" titolo "Bandi di gara e contratti", per un periodo di sette giorni naturali a partire dal **30/04/2018**. L'urgenza che impone di ridurre il termine ordinario di cui alle linee guida ANAC n. 4 del 26/10/2016 è motivata dal fatto che il contratto per il Rimborso Spese Mediche al Personale Agecontrol S.p.A. è scaduto il 31/12/2017 e non si è provveduto ad indire una nuova gara in relazione alla prevista approvazione da parte del Consiglio dei Ministri, di un Decreto Legislativo di soppressione di Agecontrol S.p.A..

RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO

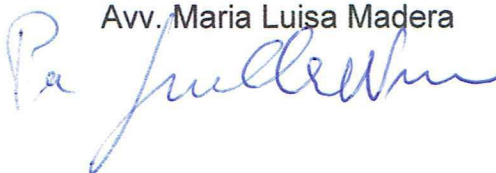
Ai fini della presente gara, il Responsabile del procedimento è l'Avv. Maria Luisa Madera –
Recapiti: Tel. 06 398941, Fax 06 39894201; e-mail: maria.luisa.madera@agecontrol.it

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Sig. Felicetto Gunnella dell'ufficio Supporto Gare tel, 06398941 oppure 3356414933.

Roma, 30/04/2018

Il Responsabile Unico del Procedimento

Avv. Maria Luisa Madera



Allegato "A"

Spett.le Agecontrol S.p.A.

pec: protocollo@pec.agecontrol.it

Oggetto: Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura negoziata sotto soglia ai sensi dell'art. 36, c. 2, lett. b) del D. Lgs. 50/2016, per l'affidamento del servizio assicurativo "RIMBORSO SPESE MEDICHE A FAVORE DEL PERSONLE DIPENDENTE" di AGECONTROL S.p.A. con sede legale in Roma via G. B. Morgagni 30 H – 00165 - ROMA (RM) Tel. 06 398941 – **CIG: 7465964465**

Il sottoscritto,
C.F., nato a
(.....) il, domiciliato per la carica presso la sede societaria ove
appresso, nella sua qualità di e legale
rappresentante della, con sede
in(.....), via, n.
..... C.A.P., capitale sociale Euro,
(.....), iscritta al Registro delle Imprese di
..... (.....) al n.,
C.F., partita IVA n.,
Numero posizione INAIL, codice Cliente INAIL n.
..... *(nel caso in cui le posizioni INAIL siano più di una
occorre allegare il relativo elenco)*, Numero posizione INPS,
Numero Matricola INPS*(nel caso in cui le posizioni
INPS siano più di una occorre allegare il relativo elenco)*,

CHIEDE DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO COME

- Impresa Singola
- Impresa Delegataria del riparto di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 del codice civile
- Impresa Coassicuratrice del riparto di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 del codice civile
- Impresa Mandataria capogruppo del raggruppamento temporaneo costituito/costituendo ai sensi dell'articolo 48 n. 50/2016 e ss.mm.ii.

[] Impresa Mandante del raggruppamento temporaneo costituito/costituendo ai sensi dell'articolo 48 n. 50/2016 e ss.mm.ii

[] Impresa Mandataria capogruppo del consorzio ordinario costituito/costituendo

[] Impresa Mandante del consorzio ordinario costituito/costituendo

- ai sensi e per gli effetti **dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000** consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente *Impresa* decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata;

ai fini della partecipazione alla procedura negoziata

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

A) dichiarazione inerente l'iscrizione al Registro delle Imprese

- 1) di essere iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura o nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato, o presso i competenti ordini professionali, oppure per gli operatori economici appartenenti ad un altro Stato membro non residente in Italia, l'iscrizione (secondo le modalità vigenti nello Stato di residenza) in uno dei registri professionali o commerciali di cui all'allegato XVI al D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.

1.1 che, come risulta dal certificato di iscrizione, l'amministrazione è affidata ad un (compilare solo il campo di pertinenza):

- a) Amministratore Unico, nella persona di: nome
cognome, nato a (...),
il, C.F., residente in
..... (...), nominato ilfino al
....., con i seguenti poteri associati alla carica:
.....;

b) Consiglio di Amministrazione composto da n.membri e, in particolare, da: *(indicare i dati di tutti i Consiglieri)* nome cognome, nato a (....), il, C.F., residente in (....), carica (*Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato, Consigliere...*), nominato il fino al, con i seguenti poteri associati alla carica:

..... ;
nome cognome, nato a (....), il, C.F., residente in (....), carica (*Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato, Consigliere...*), nominato il fino al, con i seguenti poteri associati alla carica:

..... ;
nome cognome, nato a (....), il, C.F., residente in (....), carica (*Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato, Consigliere...*), nominato il fino al, con i seguenti poteri associati alla carica:

c) Consiglio di Gestione composto da n. membri e, in particolare, da: *(indicare i dati di tutti i Consiglieri)* nome cognome, nato a (....), il, C.F., residente in (....), carica (*Presidente del Consiglio di Gestione, Consigliere Delegato, Consigliere...*), nominato il fino al, con i seguenti poteri associati alla carica:

..... ;

nome cognome, nato a
..... (....), il, C.F.
....., residente in (....),
carica (Presidente del Consiglio di Gestione, Consigliere Delegato,
Consigliere....), nominato il fino al, con i
seguenti poteri associati alla carica:
.....
.....;

nome cognome, nato a
..... (....), il, C.F.
....., residente in (....),
carica (Presidente del Consiglio di Gestione, Consigliere Delegato,
Consigliere....), nominato il fino al, con i
seguenti poteri associati alla carica:
.....
.....,n

1.2 (eventuale, ove presente) che il/i direttore/i tecnico/i attualmente in carica è/sono:

nome cognome, nato
a (....), il, C.F.
....., residente in (....),
nominato il fino al

B) dichiarazione in ordine ai requisiti di carattere personale

- 2) che l'impresa non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alla gara di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii
- 3) che l'Impresa è in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività assicurativa, nel territorio nazionale, nel ramo di rischio oggetto della presente manifestazione di interesse ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 e ss.mm.ii. o documentazione equipollente per le imprese di altro Stato U.E.;
- 4) che l'Impresa:
 - a) ha effettuato una raccolta premi assicurativi nel ramo Rimborso Spese Mediche nell'ultimo triennio 2014 – 2016, pari ad almeno due volte il valore del presente appalto per ciascuno degli anni suindicati

b)

1. ha stipulato nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso, in favore di Pubbliche Amministrazioni e/o Aziende pubbliche o private almeno n. 3 (tre) contratti per servizi assicurativi nel ramo "rimborso spese mediche" di cui almeno 1 (uno) con premio annuo lordo non inferiore al valore annuo del presente appalto.
2. Possiede alla data del 31.12.2017 un numero minimo di convenzioni come di seguito riepilogato:
 - i. strutture abilitate al ricovero (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) presso le quali sia attivo il servizio di pagamento diretto delle spese previste nel contratto: minimo 200 su tutto il territorio nazionale (incluse strutture pubbliche) distribuite sul territorio nazionale;
 - ii. Medici convenzionati: minimo 1.500 sul territorio nazionale

C) dichiarazioni in caso di Coassicurazioni, RTI e Consorzi

c) *in caso di Coassicurazioni*) che la partecipazione alla procedura negoziata viene effettuata congiuntamente alle seguenti Imprese:

- (indicare il ruolo: *coassicuratrice/delegataria*),
- (indicare il ruolo: *coassicuratrice/delegataria*),

e che con riferimento **ai punti** precedenti che i requisiti di capacità economica e finanziaria e tecnica previsti sono posseduti da ciascuna Impresa facente parte del riparto di coassicurazione, nei termini illustrati dalla seguente tabella:

Impresa concorrente	Possesso requisito			
	a)		b)	
Impresa delegataria	SI	NO	SI	NO
Impresa coassicuratrice	SI	NO	SI	NO
Impresa coassicuratrice	SI	NO	SI	NO
Impresa coassicuratrice	SI	NO	SI	NO

d) *(in caso di R.T.I. costituiti o costituendi, nonché di consorzi costituendi)* che la partecipazione alla presente procedura negoziata viene effettuata congiuntamente alle seguenti Imprese:

- (indicare il ruolo: *mandante/mandataria*),
- (indicare il ruolo: *mandante/mandataria*),

e che i requisiti previsti sono posseduti da questa Impresa e dalle componenti il raggruppamento, nei termini illustrati dalla seguente tabella

Impresa concorrente	Possesso requisito		
	a)		b)
Impresa mandataria	SI	NO%
Impresa mandante	SI	NO%
Impresa mandante	SI	NO%
Impresa mandante	SI	NO%

D) dichiarazione di elezione di domicilio

e) che l'Impresa:

ai fini della presente procedura, elegge domicilio in(,,,) Via n., C.A.P., tel., fax e indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)@..... e prende atto che, per la ricezione di ogni eventuale comunicazione inerente la procedura in oggetto e/o di richieste di chiarimento e/o integrazione della documentazione presentata, l'Agecontrol S.p.A. utilizzerà il/i recapiti segnalati al presente articolo.

E) ulteriori dichiarazioni

f) di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm.ii., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito e ai fini del procedimento per il quale la presente manifestazione viene resa;

g) di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa *Impresa* verrà esclusa dalla procedura negoziata per la quale è rilasciata

....., li

Firma

.....

Si allega

- 1) Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto dichiarante
- 2) In caso di sottoscrizione da parte di un procuratore si allega originale o copia conforme all'originale della procura.