

MARCA
DA
BOLLO

ALLEGATO B

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDO DEL SERVIZIO DI TESORERIA
PER IL QUINQUENNIO 2017 - 2021**

MODULO DI OFFERTA

Alla Agenzia Territoriale per la Casa del Piemonte Sud
Via Milano, 79.
15121 ALESSANDRIA AL

**Oggetto: Offerta per il Servizio di Tesoreria. CIG 6791573755
Periodo 2017-2021.**

Io sottoscritto/a
nato/a a il,
e domiciliato per la carica in (città, via e n. civico)
in qualità di (qualifica)dell'Istituto
bancario/altro
(ragione sociale)
con sede legale in
via..... n. civico....., tel.
fax Cod. fiscale
P. IVA,

In nome e per conto della Società suddetta, con riferimento alla procedura aperta indetta da codesto Ente per l’affidamento del Servizio di Tesoreria per il periodo 2017 – 2021, presente la propria miglior offerta, come di seguito indicato:

1) TASSO DI INTERESSE ATTIVO sulle giacenze di cassa e sui depositi costituiti presso il tesoriere:
OFFERTA espressa come spread correttivo, in aumento (+) o in diminuzione (-) del tasso euribor 3 mesi base 365 gg.
rilevato come media del mese precedente, vigente tempo per tempo.

“spread” offerto _____
Cifre Lettere

(indicare prima del valore più o meno per specificare se il valore è positivo o negativo)

2) TASSO DI INTERESSE PASSIVO APPLICATO SU EVENTUALI ANTICIPAZIONI DI TESORERIA
OFFERTA espressa come spread correttivo in aumento (+) o in diminuzione (-) del tasso euribor 3 mesi base 365 gg.
rilevato come media del mese precedente l’attivazione dell’anticipazione (senza applicazione di commissioni sul
massimo scoperto)

“spread” offerto _____
Cifre Lettere

(indicare prima del valore più o meno per specificare se il valore è positivo o negativo)

3) VALUTA SULL'INCASSO CANONI TRAMITE MAV O SDD/RID E BONIFICO:

a) Presso sportelli del Tesoriere: numero di giorni di valuta offerti successivi alla data del pagamento

_____ Cifre _____ Lettere

b) Presso sportelli di altro Istituto bancario: numero di giorni di valuta offerti successivi alla data del pagamento

_____ Cifre _____ Lettere

4) COSTO EMISSIONE E RECAPITO FATTURE INCASSO CANONI per stampa, imbustazione, spedizione e recapito unitario:

Importo

_____ Cifre _____ Lettere

5) COMMISSIONI A CARICO DEI BENEFICIARI:

sui pagamenti di importo superiore ad euro 500,00 con le esclusioni previste in Convenzione

Importo

_____ Cifre _____ Lettere

6) RENDICONTAZIONE DEGLI INCASSI DA FATTURE UTENTI

a) Bollettini di incasso Mav frequenza giorni _____ Cifre _____ Lettere

b) Ordinativi Sdd/Rid presso sportelli del Tesoriere
frequenza giorni _____ Cifre _____ Lettere

c) Ordinativi Sdd/Rid presso sportelli di altro Istituto
frequenza giorni _____ Cifre _____ Lettere

7) DETERMINAZIONE DEGLI INSOLUTI DI ORDINATIVI SDD/RID

d) Disposizioni presso sportelli del Tesoriere
giorni lavorativi _____ Cifre _____ Lettere

e) Disposizioni presso sportelli di altro Istituto
giorni lavorativi _____ Cifre _____ Lettere

8) Costo pagina aggiuntiva ai bollettini di incasso MAV

Importo _____ Cifre _____ Lettere

_____ li _____

In fede

(Firma del legale rappresentante/persona munita di idonei poteri di rappresentanza)

N.B. La firma deve essere leggibile e per esteso

N.B. In caso di A.T.I. o Consorzi di imprese il presente modulo dovrà essere sottoscritto, pena esclusione, da tutti i legali rappresentanti/persona munita di idonei poteri di rappresentanza delle associate/consorziate esecutrici (oltre che da quello del Consorzio).

¹In caso di raggruppamento di imprese i dati richiesti sono quelli dell'impresa designata capogruppo.

In caso di consorzio di imprese i dati sono quelli del Consorzio.