

Anexo VII

MODELO DE OFERTA ECONÓMICA

Don/doña: _____ vecino/a de _____, provincia de _____, con domicilio en _____ (en el caso de actuar en representación), como representante de la persona licitadora _____, con domicilio en _____ CIF _____, enterado/a de las condiciones y requisitos para concurrir al procedimiento _____, se encuentra en situación de acudir como persona licitadora al mismo.

A este efecto, hace constar que conoce el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y el de Prescripciones Técnicas que sirven de base a la convocatoria; que acepta incondicionalmente sus cláusulas; que reúne todas y cada una de las condiciones exigidas para contratar con la Administración y que se compromete en nombre (propio o de la persona licitadora a la que representa) a tomar a su cargo los servicios mencionados, con estricta sujeción a los requisitos y condiciones expresados, por el importe que a continuación se expresa:

- ❖ N° de Lote:
 - Oferta base
Identificación del centro sanitario _____
Precio unitario (IVA exento): _____ €
 - Ofertas variantes:
 - Identificación del centro sanitario _____
Precio unitario (IVA exento): _____
 - Identificación del centro sanitario _____
Precio unitario (IVA exento): _____
 -
 -
 -
- ❖ N° de Lote:
 - Oferta base
Identificación del centro sanitario _____
Precio unitario (IVA exento): _____ €
 - Ofertas variantes:
 - Identificación del centro sanitario _____
Precio unitario (IVA exento): _____
 - Identificación del centro sanitario _____
Precio unitario (IVA exento): _____
 -
 -
 -
- ❖ N° de Lote:
 - Oferta base
Identificación del centro sanitario _____
Precio unitario (IVA exento): _____ €
 - Ofertas variantes:
 - Identificación del centro sanitario _____
Precio unitario (IVA exento): _____
 - Identificación del centro sanitario _____
Precio unitario (IVA exento): _____

Precio unitario (IVA exento): _____

.
.
.

❖ Nº de Lote:

➤ Oferta base

Identificación del centro sanitario _____

Precio unitario (IVA exento): _____ €

➤ Ofertas variantes:

▪ Identificación del centro sanitario _____

Precio unitario (IVA exento): _____

▪ Identificación del centro sanitario _____

Precio unitario (IVA exento): _____

.
.
.

Operaciones exentas de IVA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 Uno, 2º de la Ley 37/1992, de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido.

(Lugar, fecha y firma del representante legal)
(Sello de la Entidad)