

ALLEGATO "A"
(Persone Fisiche)

AL COMUNE DI TOLENTINO
PIAZZA DELLA LIBERTA' 3
62029 TOLENTINO

Bollo
Euro
16,00

OGGETTO

ASTA PUBBLICA PER LA CESSIONE DELLA FARMACIA COMUNALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il sottoscritto

Nato a

Prov.

il

Residente
In

Via/Piazza

Codice fiscale

C H I E D E

di essere ammesso a partecipare all'asta pubblica per la cessione dell'esercizio della farmacia del Comune di Tolentino e a tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni a norma dell'art. 76 del DPR 445/2000 e di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo Decreto, per il quale si decade dai benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA ED ATTESTA

a) di autorizzare la raccolta dei dati personali per lo svolgimento della procedura concorsuale, ai sensi del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni;

b) di essere iscritto all'Albo professionale dei farmacisti della Provincia di al n.....;

c) che a proprio carico non sono state pronunciate condanne con sentenze passate in giudicato per reati per i quali è prevista l'applicazione della pena accessoria dell'incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione;

d) l'inesistenza di cause ostative di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 come modificato dall'art. 3 della legge 19 marzo 1990, n. 55 e successive (disposizioni antimafia);

e) di non essere interdetto, inabilitato e di non essere stato dichiarato fallito, né che sono in corso procedure per la dichiarazione di uno di tali stati;

f) di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti di cui all'art. 12 della L. n. 475/1968 ed in particolare:

- o conseguimento della titolarità di farmacia o della relativa idoneità in un precedente concorso;
- o svolgimento, per almeno due anni, di pratica professionale certificata dall'autorità sanitaria competente;

g) di

- o non aver ceduto altre farmacie;
- o trovarsi in una delle fattispecie previste dall'art. 12 comma 7 della L. 475/1968, così come sostituito dall'art. 13 della L. 362/1991, ai fini dell'acquisizione di nuova farmacia;

h) di avere preso visione e di accettare pienamente ed incondizionatamente tutte le condizioni e clausole del bando d'asta;

i) di aver preso visione e conoscenza delle condizioni locali, nonché di tutte le circostanze atte ad influire sulla presentazione dell'offerta, anche con riferimento alla ubicazione, ai mobili, arredi ed attrezzature oggetto di cessione; contratti di fornitura dei farmaci e contratto di locazione dei locali attuali;

j) di impegnarsi ad assumere il personale attualmente in servizio presso la farmacia comunale, garantendo comunque almeno il contratto a tempo indeterminato e ad orario pieno e le condizioni contrattuali attualmente in essere, per la durata minima di trentasette mesi;

k) di non incorrere nel divieto di cui all'art. 112 comma 2 del R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, relativo al cumulo di due o più autorizzazioni in una sola persona;

l) che sussistono in capo all'offerente tutte le condizioni richieste dalla normativa vigente per l'assunzione della titolarità della farmacia;

m) che le comunicazioni inerenti la procedura d'asta debbono avvenire al seguente indirizzo, autorizzando espressamente il Comune ad utilizzare il fax o la posta elettronica per effettuare qualsiasi comunicazione, con totale esonero di responsabilità del Comune qualora egli per qualsiasi ragione non venisse a conoscenza delle comunicazioni inviate a tali recapiti:

Via, n.

Città Cap Prov. (.....)

E-mail

Fax Tel.

....., lì
(luogo) (data)

FIRMA

.....

Si allega copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore

ALLEGATO "B"
(Società/Cooperative)

AL COMUNE DI TOLENTINO
PIAZZA DELLA LIBERTA' 3
62029 TOLENTINO

Bollo
Euro
16,00

OGGETTO

ASTA PUBBLICA PER LA CESSIONE DELLA FARMACIA COMUNALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il sottoscritto

Nato a

Prov.

il

In qualità di
(carica)

della Ditta

con sede legale in Via/Piazza

n.

Città

Prov.

Codice fiscale

P. IVA

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'asta pubblica per la cessione della farmacia comunale in Via Brodolini n. 10 e a tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni a norma dell'art. 76 del DPR 445/2000 e di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo Decreto, per il quale si decade dai benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA ED ATTESTA

a) di essere legale rappresentante della Società _____
_____ e di essere abilitato ad impegnarsi per essa;

b) che la società:

- o è iscritta nel Registro delle Imprese presso la CCIAA di _____ al n. _____ dal _____;
- o è iscritta all'Albo Nazionale delle Società Cooperative al numero _____;

c) che la Società non si trova in stato di fallimento, procedura di concordato preventivo, di liquidazione volontaria o coatta e che non è pendente alcun procedimento per la dichiarazione di una delle predette situazioni;

d) che la composizione societaria è la seguente:

1) (cognome e nome) _____
nato a _____ (____) il _____,
residente nel Comune di _____, (____) Via/Piazza
_____ n. _____, nella sua qualità di
_____ Iscritto all'Albo dei Farmacisti della
Provincia di _____ al n. _____, in possesso di uno dei
seguenti requisiti di cui all'art. 12 della L. n. 475/1968 ed in particolare:

- conseguimento della titolarità di farmacia o della relativa idoneità in un precedente concorso;
- svolgimento, per almeno due anni, di pratica professionale certificata dall'autorità sanitaria competente;

2) (cognome e nome) _____
nato a _____ (____) il _____,
residente nel Comune di _____, (____) Via/Piazza
_____ n. _____, nella sua qualità di
_____ Iscritto all'Albo dei Farmacisti della
Provincia di _____ al n. _____, in possesso di uno dei
seguenti requisiti di cui all'art. 12 della L. n. 475/1968 ed in particolare:

- conseguimento della titolarità di farmacia o della relativa idoneità in un precedente concorso;
- svolgimento, per almeno due anni, di pratica professionale certificata dall'autorità sanitaria competente;

3) (cognome e nome) _____
nato a _____ (____) il _____,
residente nel Comune di _____, (____) Via/Piazza
_____ n. _____, nella sua qualità di
_____ Iscritto all'Albo dei Farmacisti della
Provincia di _____ al n. _____, in possesso di uno dei
seguenti requisiti di cui all'art. 12 della L. n. 475/1968 ed in particolare:

- conseguimento della titolarità di farmacia o della relativa idoneità in un precedente concorso;
- svolgimento, per almeno due anni, di pratica professionale certificata dall'autorità sanitaria competente;

4) (cognome e nome) _____
nato a _____ (____) il _____,
residente nel Comune di _____, (____) Via/Piazza
_____ n. _____, nella sua qualità di

_____ Iscritto all'Albo dei Farmacisti della
Provincia di _____ al n. _____, in possesso di uno dei
seguenti requisiti di cui all'art. 12 della L. n. 475/1968 ed in particolare:

- o conseguimento della titolarità di farmacia o della relativa idoneità in un precedente concorso;
- o svolgimento, per almeno due anni, di pratica professionale certificata dall'autorità sanitaria competente;

e) che in caso di aggiudicazione non verrebbe ad essere violato dalla società il limite di cui all'art. 7, comma 4 bis, della L. n. 362/1991;

f) che nei confronti di coloro che partecipano alla società non sussistono le incompatibilità previste dall'art. 8, comma 1, della L. n. 362/1991;

g) che a carico dei legali rappresentanti, degli amministratori muniti di rappresentanza e di tutti i soci sopra elencati non sono state pronunciate condanne con sentenze passate in giudicato per reati per i quali è prevista l'applicazione della pena accessoria dell'incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione;

h) l'inesistenza a loro carico di cause ostative di cui all'art. 10 della legge n. 575/1965 come modificato dall'art. 3 della legge n. 55/1990 e successive (disposizioni antimafia);

i) che lo/gli stesso/i non è/sono stato/i interdetto/i o inabilitato/i, non è/sono stato/i dichiarato/i fallito/i, né sono in corso procedure per la dichiarazione di uno di tali stati;

j) che a carico della società non sono state emesse sanzioni interdittive di cui all'articolo 9, c. 2, lett. c), D.Lgs. n. 231/2001;

k) di avere preso visione e di accettare pienamente ed incondizionatamente tutte le condizioni e clausole del bando d'asta;

l) di aver preso visione e conoscenza delle condizioni locali, nonché di tutte le circostanze atte ad influire sulla presentazione dell'offerta, anche con riferimento alla ubicazione, ai mobili, arredi ed attrezzature oggetto di cessione; contratti di fornitura dei farmaci e contratto di locazione dei locali attuali;

m) di impegnarsi ad assumere il personale attualmente in servizio presso la farmacia comunale, garantendo comunque contratti a tempo indeterminato e pieno e almeno le condizioni contrattuali attualmente in essere, per la durata minima di trentasette mesi;

n) che sussistono in capo all'offerente tutte le condizioni richieste dalla normativa vigente per l'assunzione della titolarità della gestione della farmacia;

o) che le comunicazioni inerenti la procedura d'asta debbono avvenire al seguente indirizzo, autorizzando espressamente il Comune ad utilizzare il fax o la posta elettronica per effettuare qualsiasi comunicazione, con totale esonero di responsabilità del Comune qualora egli per qualsiasi ragione non venisse a conoscenza delle comunicazioni inviate a tali recapiti:

Via, n.

Città Cap Prov. (.....)

E-mail

Fax Tel.

....., lì
(luogo) (data)

FIRMA

.....

Si allega copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore

ALLEGATO "C"
Dichiarazione di impegno

AL COMUNE DI TOLENTINO
PIAZZA DELLA LIBERTA' 3
62029 TOLENTINO

OGGETTO

ASTA PUBBLICA PER LA CESSIONE DELLA FARMACIA COMUNALE

(in caso di persona fisica)

Il sottoscritto

Nato a

Prov.

il

Residente
In

Via/Piazza

Codice fiscale

(in caso di società/cooperative di cui all'art. 7, comma 1, della L. 362/1991)

Il sottoscritto

Nato a

Prov.

il

In qualità di
(carica)

della Società

con sede legale in Via/Piazza

n.

Città

Prov.

Codice fiscale

P. IVA

in relazione alla procedura d'asta in oggetto

DICHIARA DI IMPEGNARSI, IN CASO DI AGGIUDICAZIONE A PROPRIO FAVORE

a) a corrispondere al Comune di Tolentino il prezzo di aggiudicazione ed alla A.S.S.M. S.p.A. l'ulteriore somma pari al valore delle attrezzature, arredi e macchine nonché delle merci giacenti in magazzino, esistenti presso la farmacia (detratto il trattamento di fine rapporto dei lavoratori), con le modalità che saranno indicate al momento della stipula dell'atto di cessione e comunque prima della consegna effettiva della farmacia all'aggiudicatario, fatta salva la necessità di provvedere successivamente alla redazione di apposito inventario in contraddittorio tra le Parti, alla data di effettiva efficacia della cessione;

b) a sottoscrivere il contratto di cessione nel termine che sarà indicato dal Comune di Tolentino, e comunque nei tempi indicati dal Comune di Tolentino e comunque esperite le procedure relative alla prelazione previste dal punto 11 del presente avviso, entro 30 giorni dall'aggiudicazione, facendosi carico degli onorari, diritti e spese, oneri fiscali ed ogni altro onere diretto o indiretto dipendente e conseguente alla stipula, con atto pubblico a rogito del Segretario Generale del Comune di Tolentino o del notaio di fiducia dell'aggiudicatario;

c) di aver preso atto ed accettare incondizionatamente quanto prevede il paragrafo 2.a) del presente bando in merito alle modalità e tempistiche con cui dovranno essere versati, al Comune, il prezzo di aggiudicazione ed alla A.S.S.M. S.p.A. l'ulteriore somma relativa agli elementi attivi e passivi dell'azienda.

....., li

(luogo) (data)

FIRMA

.....

Si allega copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore

ALLEGATO "D"
Offerta Economica

Bollo
Euro
16,00

AL COMUNE DI TOLENTINO
PIAZZA DELLA LIBERTA' N. 3
62010 TOLENTINO

OGGETTO

ASTA PUBBLICA PER LA CESSIONE DELLA FARMACIA COMUNALE

(in caso di persona fisica)

Il sottoscritto

Nato a

Prov.

il

Residente
In

Via/Piazza

Codice fiscale

(in caso di società/cooperative di cui all'art. 7, comma 1, della L. 362/1991)

Il sottoscritto

Nato a

Prov.

il

In qualità di
(carica)

della Società

con sede legale in Via/Piazza

n.

Città

Prov.

Codice fiscale

P. IVA

In relazione alla procedura d'asta in oggetto

FORMULA LA SEGUENTE OFFERTA

EURO _____ / _____ *

(in cifre)

EURO

_____ / _____ *

(in lettere)

_____, li _____

(luogo)

(data)

FIRMA

.....

* **N.B.: l'importo posto a base d'asta è di complessivi Euro 1.400.000,00 (unmilionequattrocentomila/00).**

ALLEGATO "E"

COSTO ANNUO DIPENDENTI FARMACIA			
Qualifica	<u>DIRETTRICE FARMACIA</u>	<u>FARMACISTA COLLABOR.</u>	<u>FARMACISTA COLLABOR.</u>
Tipo lavoro	tempo indeterminato	tempo indeterminato	tempo indeterminato
Tempo lavoro	FULL-TIME	FULL-TIME	FULL-TIME
CCNL	ASSOFARM	ASSOFARM	ASSOFARM
Livello	Q2	A1	A1
Descrizione costi	Q2	A1	A1
Imponibile annuo	71.802,00	37.415,00	37.415,00
Contributi INPDAP	17.089,00		
Contributi INPS	6.130,00	10.843,00	10.843,00
Contributi INAIL	696,00	378,00	378,00
TFR annuo-accantonato	5.041,00	2.379,00	2.379,00
TOTALE COSTO ANNUO	100.758,00	51.015,00	51.015,00
TFR accantonato al 31/12/2012	43.788,81	19.709,76	7.898,42
ANZIANITA' CONTRIBUTIVA INPDAP AL 31/12/2012	32 ANNI 1 MESE E 24 GIORNI		