**ΕΝΤΥΠΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ [[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ: |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, Τ.Κ, ΠΟΛΗ ΕΔΡΑΣ: |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΑ/ ΦΑΞ/ Ε-ΜΑΙL: |  |
| ΑΦΜ-Δ.Ο.Υ: |  |
| ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ: |  |
| Α.Δ.Τ. (Νομίμου Εκπροσώπου): |  |

Στο πλαίσιο της υπ’ αριθμ. πρωτ. 376032,22-03-2021 Πρόσκλησής σας για την προμήθεια Ιατρικών Αναλωσίμων για τις ανάγκες υλοποίησης του έργου : «Ολοκληρωμένες Χωρικές Συνέργειες για την Υγεία και την Προστασία των Παιδιών II - Integrated Territorial Synergies for Children Health and Protection II/ INTERSYC II» με κωδικό ΟΠΣ 5010997 στο πλαίσιο του Προγράμματος Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας «Interreg V-A Ελλάδα- Βουλγαρία2014-2020» »σας υποβάλλω προσφορά για τα ακόλουθα:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Περιγραφή είδους – Προδιαγραφές**  **(1)** | **Μονάδα Μέτρησης**  **(2)** | **Ποσότητα**  **(3)** | **Προσφερόμενη Τιμή Μονάδος (χωρίς Φ.Π.Α.)**  **(4)** | **Συνολικό κόστος (χωρίς Φ.Π.Α.)**  **(5)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |
| **Σύνολο χωρίς Φ.Π.Α.** | | | | |  |
| **Ποσό Φ.Π.Α.** | | | | |  |
| **Τελικό σύνολο με Φ.Π.Α.** | | | | |  |

Με την παρούσα προσφορά αποδέχομαι ανεπιφύλακτα όλους τους όρους της από 376032,22-03-2021 πρόσκλησης και τις προϋποθέσεις του ν. 4412/2016, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το ν.4782/2021.

Αθήνα, ……………..

Ο Προσφέρων

(Υπογραφή & Σφραγίδα)

1. Η προσφορά σας θα πρέπει να είναι ενυπόγραφη, να αναγράφει την επωνυμία της εταιρίας, το ΑΦΜ, τα στοιχεία επικοινωνίας σας. Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τις στήλες 1, 2 και 3 του Εντύπου προσφοράς με βάση τα οριζόμενα στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α . [↑](#footnote-ref-1)