|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Aριθμ. Μελέτης :8/2020 | **ΕΡΓΑΣΙΑ: Παροχή υπηρεσιών Ιατρού Εργασίας**  **ΠΟΣΟ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ: 13.928,00€ πλέον ΦΠΑ 24%**  **Εξαίρεση από την απαλλαγή του ΦΠΑ** οι υπηρεσίες ιατρού εργασίας που παρέχονται από τις ΕΞΥΠΠ (ΠΟΛ1168/1125529/8239/989/β0014/16.12.2008 & αρ. 297/2008 Γνωμοδότηση του ΝΣΚ) |

**ΕΝΤYΠO ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ προσΦοΡΑσ**

Του/της .……………………………………………………………………………………………………………………..

με έδρα τ ……………………………………………………… Οδός…………………………..................................

…………………………… Αριθ ……………… Τ.Κ. …………………………… Τηλ. ……………………………….

Fax: ……………………………………………… Email: …………………………………………………………………

Αφού έλαβα γνώση των όρων για την υπηρεσία με τίτλο «Παροχή υπηρεσιών Ιατρού Εργασίας»καθώς και των συνθηκών εκτέλεσης αυτής, υποβάλω την παρούσα προσφορά και δηλώνω ότι αποδέχομαι πλήρως και χωρίς επιφύλαξη όλα αυτά και αναλαμβάνω την εκτέλεση της υπηρεσίας με τις ακόλουθες τιμές:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**  **ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ** | **Μον.**  **Μέτρ.** | **ΣΥΝΟΛΟ**  **ΩΡΩΝ** | **ΤΙΜΗ**  **ΑΝΑ**  **ΩΡΑ** | **ΔΑΠΑΝΗ** |
| 1 | Παροχή υπηρεσιών Ιατρού Εργασίας | ώρα | 348,20 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Σύνολο καθαρής αξίας** | |  |  |  |  |
| **ΦΠΑ 24%** | |  |  |  |  |
| **Γενικό σύνολο δαπάνης** | |  |  |  |  |

**Χαλάνδρι, / / 2020**

1. **Ο ΠΡΟΣΦΕΡΩΝ**
2. **ΣΦΡΑΓΙΔΑ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ**