**ΑΠΟ: …………………………**

 **ΠΡΟΣ :**

 **«ΔΗΜΟ ΔΙΡΦΥΩΝ – ΜΕΣΣΑΠΙΩΝ-**

 **ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ»**

**ΘΕΜΑ: ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠ ΑΡΙΘΜ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ 17156/01-12-23**

1. Αφού μελέτησα/με τους όρους των εγγράφων της Υπ αριθμ πρόσκλησης **17156/01-12-23** και αφού έχουμε αποκτήσει πλήρη αντίληψη του αντικειμένου της υπηρεσίας εμείς οι υποφαινόμενοι, αναλαμβάνουμε να εκτελέσουμε και συμπληρώσουμε το αντικείμενο της σύμβασης, σύμφωνα με την μελέτη των υπηρεσιών του Δήμου.

2. Το συνολικό ποσό της προσφοράς αναλύεται στον Πίνακα Ανάλυσης Οικονομικής Προσφοράς που επισυνάπτεται.

3. Συμφωνούμε πως η προσφορά μας αυτή θα ισχύει για περίοδο ίση με αυτή που ορίζεται στην τεχνική περιγραφή των υπηρεσιών του Δήμου, θα μας δεσμεύει και θα μπορεί να γίνει αποδεκτή ανά πάσα στιγμή πριν τη λήξη της περιόδου αυτής.

4. Μέχρι να ετοιμαστεί και υπογραφεί επίσημη Συμφωνία, η προσφορά μας αυτή μαζί με τη γραπτή αποδοχή σας θα αποτελούν δεσμευτικό Συμβόλαιο μεταξύ μας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΙΔΟΣ** | **ΤΤΕΜ.** | **ΤΙΜΗ ΤΕΜΑΧ. ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ** | **ΣΥΝΟΛΟ ΤΙΜ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ**  | **ΦΠΑ** | **ΤΕΛΙΚΗ ΤΙΜΗ****ΣΕ €**  |
| OXY PULSE OXIMETER | 3 |  |  | 24 |  |
| ΠΙΕΣΟΜΕΤΡΟ AVRON GL-40 ΤΕΜΑΧΙΟ | 3 |  |  | 24 |  |
| FARMATEXA ΣΥΡ.2,5ML 22g\*1 1/4 | 20 |  |  | 24 |  |
| ΣΥΡΙΓΓΕΣ 10cc 21GX1 ½  | 10 |  |  | 24 |  |
| ΣΥΡΙΓΓΑ 5ML21GX1 ½ | 20 |  |  | 24 |  |
| OXYZENE PHARMASERVICE 240ML | 5 |  |  | 24 |  |
| ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΑ ΡΟΛΑ ΓΙΑ ΚΡΕΒΑΤΙ ΙΑΤΡΕΙΟΥ 58\*50 ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  | 24 |  |
| ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΟ ΥΔΓΡΑΡΓΥΡΟΥ | 10 |  |  | 24 |  |
| STRIPS ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ 200 ΤΕΜΑΧΙΑ | 1 |  |  | 13 |  |
| ALFA STRIPS WATER RESISTAN FAMILY 40PCP | 8 |  |  | 13 |  |
| LEUKOFIX N2122 2.5CM\*5M | 10 |  |  | 13 |  |
| ΒΑΜΒΑΚΙ PRE-CUT 100GR ECOFARM | 10 |  |  | 13 |  |
| ΓΑΝΤΙΑ NITRIL XΠ L BLUE ALFASHIELD 100T | 30 |  |  | 6 |  |
| ΜΑΣΚΕΣ FFP2 (KN95) ΓΚΡΙ 10ΤΕΜ FAMEX | 20 |  |  | 6 |  |
| ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ 700 PHARMASERVICE 350CC | 15 |  |  | 6 |  |
| GLUNEO LITE 50STRIPS  | 20 |  |  | 6 |  |
| CONTROL BIOS PROTECT GEL 1L ME ANΤΛΙΑ | 20 |  |  | 6 |  |
| PANADOL-ADVANCE F.C.TAB 24X500MG (BL 2X12) | 5 |  |  | 6 |  |
| PANADOL-EXTRA F.C. TAB 24X(500+65)MG | 5 |  |  | 6 |  |
| ALGOFREN F.C. TABL 20X600MG | 5 |  |  | 6 |  |
| IMODIUM ORIGINAL CAPS 6X2MG (BL1X6) | 2 |  |  | 6 |  |
| NUROFEN-CF F.C. TAB 12X(200+300MG | 5 |  |  | 6 |  |
| NUROFEN SOFT CAPS 10X400MG (ΒL 1X10) | 10 |  |  | 6 |  |
| SODIUM CHLORIDE/DEMO AMP PL 0,9% 1X5ML | 150 |  |  | 6 |  |
| BETACORT CREAM(2+0.)% 30G | 6 |  |  | 6 |  |
| RAPID TEST ANTIGEN X 1 PINIKO BOSON | 300 |  |  | 0 |  |
| ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΔΩΝ ΜΕ ΦΠΑ 6% |  |  |  |
| ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΔΩΝ ΜΕ ΦΠΑ 13% |  |  |  |
| ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΔΩΝ ΜΕ ΦΠΑ 24% |  |  |  |
| **ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ**  |  |
| *Υπογραφή Προσφέροντος ή Εκπροσώπου:*  |  |
| *Όνομα υπογράφοντος:* |  |
| *Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου υπογράφοντος:* |  |
| *Ιδιότητα υπογράφοντος:* | Διαχειριστης |
| *Ημερομηνία:* |  |