**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΠΙΝΑΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**

Στοιχεία οικονομικού φορέα Ημερομηνία..…./.…../…….

-Επωνυμία……………………………………………. Προς: Νοσηλευτική Μονάδα Ναυπλίου-

-ΑΦΜ………………………………………………… Γ.Ν.Αργολίδας

-ΔΟΥ………………………………………………….

-Διεύθυνση……………………………………………

-Τηλ…………………………………………………...

-Email..………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Προσφερόμενα αναλώσιμα υλικά** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **α/α** | **Είδος Εξέταση ς** | **Συνολικός Ετήσιος Αριθμός Εξετάσεω ν** | **Αριθμός εξετάσεων ανά Συσκευασί α** | **Απαιτούμενες Συσκευασίες αντιδραστηρί ων για τη διενέργεια κάθε εξέτασης σε ακέραιο αριθμό** | **Τιμή Συσκευασί ας προ φπα** | **Συνολική Τιμή Συσκευασιώ ν ανά είδος εξέτασης προ φπα** | **Τιμή μονάδος ανά εξέταση 8= (7) /****(3)** | **Κόστος Αναλωσίμω ν controls , calibrators κλπ ανά εξέταση** | **Συνολικό κόστος ανά εξέταση** | **Συνολική Ετήσια Δαπάνη (Αριθμός εξετάσε ων Χ Τιμή εξέτασης****) 11= (3)****Χ (10)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Συνολικό κόστος της ομάδας εξετάσεων χωρίς ΦΠΑ |  |
| Συντελεστής ΦΠΑ |  |
| Συνολικό κόστος της ομάδας εξετάσεων με ΦΠΑ |  |

Σας υποβάλουμε την οικονομική μας προσφορά για τη διακήρυξη ………………………. για ……………………………………, σύμφωνα με τον ανωτέρω πίνακα ,

 **Υπογραφή/Σφραγίδα**