**ΕΝΤΥΠΟ**

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**

**Ομάδα Α: Παροχή υπηρεσιών ιατρού εργασίας**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Του** |  | | |
| **Έδρα** |  | | |
| **Οδός:** |  | **Αριθμός** |  |
| **Τηλέφωνο:** |  | | |
| **e-mail:** |  | | |
| **ΑΦΜ:** |  | | |

Η παρούσα αποτελεί τη προσφορά μου σύμφωνα με την 01/2022 της Δ/νσης Διοικητικών Υπηρεσιών του Δήμου Μαλεβιζίου για την εκτέλεση της υπηρεσίας με τίτλο: **Oμάδα Α: Παροχή υπηρεσιών ιατρού εργασίας στο Δήμο Μαλεβιζίου διάρκειας 2 ετών.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| α/α | Περιγραφή Υπηρεσίας | Ποσότητα (ώρες για δύο έτη) | Κόστος υπηρεσιών για **δύο έτη** **χωρίς Φ.Π.Α** | ΦΠΑ | Συνολικό κόστος υπηρεσιών για δύο έτη **συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ** |
| 1 | Ιατρός εργασίας | 218,00 ώρες |  |  |  |

**ΑΞΙΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**:………………………………………………………………………………………………….......................

………………………………………………………………………………………………………………………………….(ολογράφως)

**Ημερομηνία …-…-….**

**Ο προσφέρων**

**(υπογραφή –σφραγίδα)**