|  |  |
| --- | --- |
| **Λογότυπο προσφέροντος** |  |
|  |  |

**ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ:**

**Για την υπηρεσία:**

**«Διενέργεια τεστ ανίχνευσης αντιγόνου του κορωνοϊού COVID-19 με την μέθοδο ταχείας δοκιμασίας (RAPID TEST)»**

ΤΟΥ …………………………………………………ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ …………………………………

με ΑΦΜ ………………………………..……., ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ……………………………………………. ΤΗΛΕΦΩΝΟ ………………………….

FAX ……………………………………………., E-MAIL: ……………………………………………………………………….

| **ΕΙΔΟΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ**  | **ΣΥΝΟΛΟ**  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ RAPID TEST ANTIGEN COVID-19 | 500 | ………€ | …………€ |
|  | **ΣΥΝΟΛΟ** |  ……………€ |

(δεν υπόκεινται σε Φ.Π.Α.)

Υπογραφή και σφραγίδα προσφέροντος