**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**

**θα συμπεριλαμβάνεται ο Φ.Π.Α. σύμφωνα με το υπόδειγμα και θα έχει υπογραφή και σφραγίδα του ενδιαφερόμενου.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΑΝΑΔΟΧΟΥ** | |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ :** |  |
| **ΑΦΜ & Δ.Ο.Υ.:** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :** |  |
| **ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ & ΑΔΤ:** |  |
| **ΥΠEΥΘΥΝΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ :** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** |  |
| **E-MAIL :** |  |

Ο υπογράφων Όνομα:…………………………………………….-Επώνυμο:………………………………………………………..-Πατρώνυμο:………………………………………………………… Α.Δ.Τ.:....................................................... με την ιδιότητα του νόμιμου εκπροσώπου και αναφορικά με την αρ. πρωτ.: οικ 1361/24-08-2023 «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την παροχή ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών από Ιατρό ειδικότητας ΠΕ Ψυχίατρο για την κάλυψη αναγκών του Παραρτήματος ΑμεΑ Λασιθίου του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης για χρονικό διάστημα τεσσάρων (4) μηνών προϋπολογισθείσας δαπάνης τεσσάρων χιλιάδων ευρώ #4.000,00€# (η υπηρεσία δεν υπόκειται σε ΦΠΑ) με κριτήριο κατακύρωσης την πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά, αποκλειστικά βάσει τιμής (στο σύνολο των υπηρεσιών)».

..

* **Κόστος ανεξάρτητων υπηρεσιών από Ιατρό ειδικότητας ΠΕ Ψυχίατρο**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΙΔΟΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΜΕΑ ΛΑΣΙΘΙΟΥ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ** | **ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ ΕΥΡΩ** |
| Παροχή ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών από Ιατρό ειδικότητας ΠΕ Ψυχίατρο για την κάλυψη αναγκών του Παραρτήματος ΑμεΑ Λασιθίου του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης για χρονικό διάστημα τεσσάρων (4) μηνών |  |
| **(η υπηρεσία δεν υπόκειται σε ΦΠΑ)** | |

* **Διάρκεια Ισχύος Προσφοράς: εκατόν ογδόντα (180) ημέρες.**

Τόπος/ ημερομηνία

Ηράκλειο, ……………/……………….2023

(Υπογραφή/σφραγίδα)