**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **ΠΙΝΑΚΑΣ**  | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ**  | **Τυχόν** | **ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ**  |
|  **επιπρόσθετο**  |
|   | **ΑΣΚΩΝ**  | **ΣΩΛΗΝΑΡΙΩΝ (δείγματα αίματος)**  |  **κόστος** |
| **π.χ. συσκευασία (δείγμα)** |
| **ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΠΟ/ΠΡΟΣ**  | Ανά ασκό  | Ανά Αποστολή  | Ανά δείγμα | Ανά Αποστολή  |   |   |
| **Μον. Υγείας Θεσσαλονίκης**  |   |   |   |   |   |   |
| **ΚΤΕΛ**  |   |   |   |   |   |   |
| **Αεροδρόμιο «ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ»**  |   |   |   |   |   |   |
| **Μον. Υγείας Μακεδονίας**  |   |   |   |   |   |   |
| **Μον. Υγείας Θράκης**  |   |   |   |   |   |   |
| **Μον. Υγείας Ηπείρου**  |   |   |   |   |   |   |
| **Μον. Υγείας Θεσσαλίας**  |   |   |   |   |   |   |
| **Μον. Υγείας Στερεάς Ελλάδας**  |   |   |   |   |   |   |
| **Μον. Υγείας Αττικής**  |   |   |   |   |   |   |
| **Άλλο**  |   |   |   |   |   |   |

**Ημερομηνία, ………/………./2024**

(Σφραγίδα και υπογραφή νόμιμου εκπροσώπου)