**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)