****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ελληνική Δημοκρατία** **Περιφέρεια Αττικής** **Δήμος Μαραθώνος** **Αυτοτελές Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας,****Παιδείας, Πολιτισμού & Αθλητισμού****Ταχ. Δ/νση:Λ.Μαραθώνος 196****Ταχ. Κώδικας: 19005 – Ν. Μάκρη****Πληροφορίες: Κατσαγώνης Στέφανος****Τηλ.:22940-94061** **Fax:22940-94061****Ηλεκ. Δ/νση:** **katsagonis@marathon.gr** |  | **ΑΡ.ΜΕΛΕΤΗΣ: 1/2020**  |

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ**

Της επιχείρησης ………………………………………………, με έδρα στ ……………..………...., οδός …………………………………………., αριθμός ………, τηλέφωνο …………………., fax …………….

|  |
| --- |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ- CPV: 33622200-8)- TEXNIKH ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ(€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | COPALIA F.C.TAB (5+160)MG/TAB BTx 28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 2 | ORIZAL F.C.TAB (20+5)MG/TAB BTx28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
| 3 | DIOVAN F.C.TAB 160MG/TAB BTx14 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 80 |  |  |  |  |
| 4 | DIOVAN F.C.TAB 320MG/TAB BTx14 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 50 |  |  |  |  |
| 5 | CO-DIOVAN F.C.TAB (160+12,5)MG/TAB BTx14 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 6 | COVERAM TAB (10+5)MG/TAB BT x 30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 10 |  |  |  |  |
| 7 | TEVETEN F.C.TAB 600MG/TAB BTx28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 8 | TRIATEC TAB 2,5MG/TAB BTx20 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
| 9 | TRIATEC PLUS TAB (5+25)MG/TAB BTx20 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
| 10 | ATACAND TAB 16MG/ΤΑΒ BTx14 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 11 | ATACAND PLUS TAB (16+12,5)MG/TAB BTx14 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 15 |  |  |  |  |
| 12 | ENTRESTO F.C.TAB (24+26)MG/TAB BTx28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 13 | ACCUPRON F.C.TAB 20MG/TAB BTX28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
|   |   |  **ΣΥΝΟΛΟ** |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |   |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ-CPV:33622000-6)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ(€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | LEPUR F.C.TAB 20MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 2 | EREZEL TAB 10MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 3 | INEGY TAB (10+20)MG/TAB BTx28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 4 | CELMANTIN F.C.TAB 10MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
| 5 | LIPTRUZET F.C.TAB (10+20)MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 6 | LIPTRUZET F.C.TAB (10+40)MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 7 | ATROST F.C.TAB 20MG/TAB BT x 28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 100 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |   |   |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-CPV:33661000-1)- ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ(€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ (€)** |
| 1 | LYRICA CAPS 25MG/CAP BTX56 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 2 | DEPAKINE CHRONO PR.TAB 500MG/TAB BT x60 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 10 |  |  |  |  |
| 3 | SEROXAT F.C.TAB 20MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 4 | SEROXAT F.C.TAB 30MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
| 5 | ESCITALOPRAM/MYLAN F.C.TAB 10MG/TAB BT x 30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 6 | ESCITALOPRAM/MYLAN F.C.TAB 20MG/TAB BT x 30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 7 | EPILYD F.C.TAB 50MG/TAB BT x 28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 8 | EPILYD F.C.TAB 100MG/TAB BT x 28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 4 (β-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΕΣ-CPV: 33622600-2)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| (€) |
| 1 | EMCONCOR F.C.TAB 2.5MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 10 |  |  |  |  |
| 2 | EMCONCOR F.C.TAB 5MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 10 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ΣΥΝΟΛΟ: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 5 (ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΑ-CPV: 33621100-0)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| (€) |
| 1 | XARELTO F.C.TAB 20MG/TAB BT x 28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 10 |  |  |  |  |
| 2 | PRADAXA CAPS 110MG/CAP BT x 60 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 3 | PRADAXA CAPS 150MG/CAP BT x 60 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 4 | DUOPLAVIN F.C.TAB (75+100)MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 5 | BRILIQUE F.C.TAB 90MG/TAB BTx56 | ΤΕΜΑΧΙΟ  | 4 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 6 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΟΔΩΝ-CPV:33673000-8)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ(€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | AEROLIN AER.MD.INH 100MCG/DOSE | ΤΕΜΑΧΙΟ | 50 |  |  |  |  |
| 2 | BOCACORT-S INH.SUS.P 250MCG/DOSE | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 3 | NASASYN NASPR.SOL (0,1+5,0)% W/V BT x 1 VIAL x 10 ML | ΤΕΜΑΧΙΟ | 50 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 7 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ-CPV:33612000-3)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ(€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | ESELAN GR.CAP 20MG/CAP FLx28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 50 |  |  |  |  |
| 2 | ESELAN GR.CAP 40MG/CAP BTx28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 25 |  |  |  |  |
| 3 | PENRAZOL GR.CAP 20MG/CAP BT x 28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 50 |  |  |  |  |
| 4 | PENRAZOL GR.CAP 40MG/CAP BTx28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 25 |  |  |  |  |
| 5 | NEXIUM GR.TAB 40MG/TAB BT x 28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
| 6 | LAPRAZOL FAS TAB OR.DISP.TA 30MG/TAB BT x 28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 8 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ-Φ)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | EUCREAS F.C.TAB (50+1000)MG/TAB BT x 60 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 2 | GLUCOPHAGE F.C.TAB 850MG/TAB BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 100 |  |  |  |  |
| 3 | GLUCOPHAGE F.C.TAB 1000MG/TAB BT x 30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 100 |  |  |  |  |
| 4 | GALVUS TAB 50 MG/TAB BT x 28 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 5 | JANUMET F.C.TAB (50+1000)MG/TAB BTx56 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 9 (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ-CPV:33661200-3)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | DEPON TAB 500MG/TAB BTx20 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 150 |  |  |  |  |
| 2 | DEPON SYR 120MG/5ML FLx150ML | TEMAXIO | 20 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 10 (ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ-CPV:33632100-0)-TEXNIKH ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | ALGOFREN F.C.TAB 600MG/TAB BTx20 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 25 |  |  |  |  |
| 2 | ALGOFREN F.C.TAB 400MG/TAB BTx20 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 50 |  |  |  |  |
| 3 | ALGOFREN SYR 100MG/5ML FLx150 ML | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
| 4 | ALGOFREN CREAM 10% W/W TUBX100G | ΤΕΜΑΧΙΟ | 80 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 11 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ-CPV:33651000-8)-TEXNIKH ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | AMOXIL DISP.TAB 1G/TAB ΒΤx18 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 2 | AMOXIL PD.ORA.SUS 500MG/5ML FLx100ML | ΤΕΜΑΧΙΟ | 15 |  |  |  |  |
| 3 | AUGMENTIN F.C.TAB (875+125)MG/TAB BTx12 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 25 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 12 (ΑΝΤΙΒΗΧΙΚΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΑΤΟΣ-CPV:33674000-5)- TEXΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | STREPSILS (HONEY+LEMON) LOZ (1,2+0,6)MG/LOZ ΒΤx24 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 100 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 13 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΚΑΙ ΟΡΜΟΝΕΣ-CPV:33640000-8)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | RAFUSTER SOFT.CAPS 0.5MG/CAP BTx30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
| 2 | TAMSULIJN MOD.R.CA.H 0,4MG/CAP BT x 30 | ΤΕΜΑΧΙΟ | 40 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 14 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ-CPV:33662100-9)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | MONOPROST EY.DR.S.SD 50μg/ML BTx6 SACHET | ΤΕΜΑΧΙΟ | 10 |  |  |  |  |
| 2 | LATAZ EY.DRO.SOL 50MCG/1ML(0,005%W/V) BT x 1 VIAL x 2,5 ML | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 3 | TINOPROST EY.DRO.SOL (50MCG+5MG)/ML BT x 1 VIAL x2,5 ML | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
| 4 | COSOPT EY.DRO.SOL (2+0,5)% W/V FLx5ML | ΤΕΜΑΧΙΟ | 5 |  |  |  |  |
| 5 | TEARPROL EY.DRO.SOL 0,1%+0,3% W/V BTx1 FLx15 ML | ΤΕΜΑΧΙΟ | 50 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 15 (ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ-CPV:33616000-1)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | LECALCIF ORAL.SOL 25000 IU/ML BTx4 AMPS | ΤΕΜΑΧΙΟ | 20 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 16 (ΚΑΘΑΡΤΙΚΑ-CPV:33613000-0)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | DUPHALAC SYR 3,335G/5ML FLx300 ML | ΤΕΜΑΧΙΟ | 10 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 17 (ΑΝΤΙΙΣΤΑΜΙΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ-CPV:33675000-2)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | FENISTIL GEL.EXT.US 0,1% (W/W) ΤΒx30 G | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ΣΥΝΟΛΟ: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 18 (ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ-CPV:33631000-2)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 6%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 6%(€)** |
| 1 | PULVO-47 CUT.SP.PD (10811 UC+2,23MG)/G FLx74G | ΤΕΜΑΧΙΟ | 30 |  |  |  |  |
| 2 | MUPIROCIN/TARGET OINTMENT 2% (W/W) TUBx15 G | ΤΕΜΑΧΙΟ | 25 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 19 (ΠΑΡΑΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΚΡΕΜΕΣ Ή ΛΟΣΙΟΝ-CPV:33711540-4)-ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| **Α/Α** | **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** | **ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ** | **ΠΟΣΟΤΗΤΑ** | **ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ (€)** | **ΚΟΣΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ (€)** | **ΦΠΑ 24%** | **ΚΟΣΤΟΣ ΜΕ ΦΠΑ 24%(€)** |
| 1 | SUDOCREM 125GR | TEMAXIO | 30 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ** |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ** | **ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ** | **ΦΠΑ 6%** | **ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ ΜΕ ΦΠΑ** |
| **1.ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ** |  |  |  |
| **2. ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ** |  |  |  |
| **3. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ** |  |  |  |
| **4. β-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΕΣ** |  |  |  |
| **5. ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΑ** |  |  |  |
| **6. ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΟΔΩΝ** |  |  |  |
| **7. ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ** |  |  |  |
| **8. ΦΑΡΜΑΚΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ** |  |  |  |
| **9. ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ** |  |  |  |
| **10.ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ** |  |  |  |
| **11. ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ** |  |  |  |
| **12. ΑΝΤΙΒΗΧΙΚΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΑΤΟΣ** |  |  |  |
| **13. ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΚΑΙ ΟΡΜΟΝΕΣ** |  |  |  |
| **14. ΦΑΡΜΑΚΑ ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ** |  |  |  |
| **15. ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ** |  |  |  |
| **16. ΚΑΘΑΡΤΙΚΑ** |  |  |  |
| **17. ΑΝΤΙΙΣΤΑΜΙΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ** |  |  |  |
| **18. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ** |  |  |  |
| **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ** | **ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ** | **ΦΠΑ 24%** | **ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ ΜΕ ΦΠΑ** |
| **19.ΠΑΡΑΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΚΡΕΜΕΣ Ή ΛΟΣΙΟΝ** |  |  |  |
| **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |
| **ΦΠΑ 6%:** |  |  |  |
| **ΦΠΑ 24%:**  |  |  |  |
| **ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:** |  |  |  |

Προσφέρω τα ανωτέρω είδη έναντι συνολικού ποσού: **……………………………………………………….…………………………………………………………………………….**

**……………………………………..……………………………………………………………………………………………...**

*(αναγράφετε συνολικό ποσό συμπεριλαμβανομένου του Φ.Π.Α. ολογράφως)*

Μαραθώνας ….. / ….. / 2021

Ο Προσφέρων

[Σφραγίδα Επιχείρησης, Υπογραφή Νόμιμου Εκπροσώπου]