**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**

Για την ανάδειξη αναδόχου για την δημόσια σύμβαση με τίτλο : **«Εργασίες κτηνιάτρου για την λειτουργία του δημοτικού κυνοκομείου του Δήμου Κομοτηνής για το έτος 2024»,**

συνολικής εκτιμώμενης αξίας 28.743,20 € συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α. 24%,

με τη διαδικασία της *απευθείας ανάθεσης*,

αριθ. πρωτ. 28586/09-11-2023 (23PROC013747788 2023-11-11) πρόσκλησης για υποβολή προσφοράς.

Της επιχείρησης ……………………………………………………………………………………………..

ΑΦΜ ……………………………………………………………………………………………………………

Δ/νση Επιχείρησης ………………………………………………………………………………………….

Τηλ ……………………………………………………………………………………………………………...

Φαξ ………………………………………………………………………………………………………………

e-mail …………………………………………………………………………………………………………..

**Προς: ΔΗΜΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ**

Πλατεία Γ. Βιζυηνού 1, ΤΚ 69133, Κομοτηνή

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A/A** | **Περιγραφή Εργασίας** | **Μον. Μετρ.** | **Ποσότητα** | **Τιμή (€)** | **Δαπάνη (€)** |
| **1** | **Στείρωση Σκύλου με σήμανση** | τμχ. | 305 | .......... € | .......... € |
| **2** | **Κλινική εξέταση** | τμχ. | 60 | .......... € | .......... € |
| **3** | **Αποπαρασίτωση** | τμχ. | 400 | .......... € | .......... € |
| **4** | **Εμβολιασμός** | τμχ. | 600 | .......... € | .......... € |
| **5** | **Διάφοροι Μέθοδοι Διάγνωσης** | τμχ. | 3 | .......... € | .......... € |
| **6** | **Μικροσκοπική εξέταση ξεσμάτων δέρματος** | τμχ. | 8 | .......... € | .......... € |
| **7** | **Χειρουργικές Μικροεπεμβάσεις** | τμχ. | 12 | .......... € | .......... € |
| **8** | **Ανάταξη και περίδεση καταγμάτων** | τμχ. | 3 | .......... € | .......... € |
| **9** | **Νεκροτομή** | τμχ. | 4 | .......... € | .......... € |
| **10** | **Περίθαλψη** | τμχ. | 50 | .......... € | .......... € |
| **11** | **Δηλητηρίαση** | τμχ. | 4 | .......... € | .......... € |
| **12** | **Σήμανση με microchip** | τμχ. | 206 | .......... € | .......... € |
| **13** | **Ειδική φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται με συνταγή και έξοδα του Κτηνιάτρου** | τμχ. | 130 | .......... € | .......... € |
| **14** | **Εξέταση- χειρουργική αντιμετώπιση σοβαρών έκτακτων περιστατικών (κατάγματα, αφαίρεση νεοπλασιών, επεμβάσεις κοιλιάς, κ.λ.π.)** | Τμχ. | 20 | .......... € | .......... € |
|  |  | **Σύνολο Δαπάνης** | | | **.......... €** |
|  |  | Φ.Π.Α. 24% | | | .......... € |
|  |  | **ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ** | | | **.......... €** |

**Ο ΠΡΟΣΦΕΡΩΝ**

**Τόπος, Ημερομηνία**

**.........................., ......-11-2023**

*(υπογραφή νομίμου εκπροσώπου, εταιρική σφραγίδα)*