



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Ταμείο

Περιφερειακής Ανάπτυξης



ΑΔΑ: 7ΟΡΝ46Ψ8ΒΞ-Π9Σ  
ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ  
Άστρος, 26/02/2015  
Αρ. Πρωτ. 272



Φορέας Διαχείρισης  
**ΟΡΟΥΣ ΠΑΡΝΩΝΑ**  
ΥΓΡΟΤΟΠΟΥ ΜΟΥΣΤΟΥ

Πληροφορίες: Κανελίδου Άννα  
Τηλ.: 27550 22021, Φαξ: 27550 22806  
Email: [annakanelidou@fdparnonas.gr](mailto:annakanelidou@fdparnonas.gr)

## ΘΕΜΑ: ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ: Για την προμήθεια Φαρμακευτικού Υλικού».

Ο Φορέας Διαχείρισης Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού στα πλαίσια υλοποίησης του Υποέργου 1 «Πρόγραμμα για την Προστασία Και Διατήρηση της Βιοποικιλότητας» που εντάσσεται στην πράξη «Προστασία και διατήρηση της βιοποικιλότητας Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού» του στον Άξονα Προτεραιότητας 9 «Προστασία του Φυσικού Περιβάλλοντος και της Βιοποικιλότητας» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Περιβάλλον & Αειφόρος Ανάπτυξη 2007-2013» προβαίνει στην πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την «Προμήθεια Φαρμακευτικού Υλικού» με απευθείας ανάθεση, μέχρι του ποσού των χιλίων πεντακοσίων ευρώ (1.500,00€) συμπεριλαμβανομένων όλων των νόμιμων φόρων και κρατήσεων.

Ο πίνακας με το φαρμακευτικό υλικό που ενδιαφέρεται να προμηθευτεί ο Φορέας Διαχείρισης Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού παρατίθεται παρακάτω:

A/A	ΕΙΔΟΣ	ΜΟΝ. ΜΕΤΡΗΣΗΣ
1	Βαλιτσάκι ειδικό για μεταφορά φαρμάκων	ΤΕΜ
2	Συσκευή αναρρόφησης δηλητηρίου από δήγματα	ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ
3	Κρέμα ελαφριών εγκαυμάτων τύπου Beranthol	ΤΕΜ
4	Τοπικό αντισηπτικό τύπου Betadine (30 ml)	ΤΕΜ
5	Τοπικό αντισηπτικό τύπου Betadine (240 ml)	ΤΕΜ
6	Αναλγητικό – Αντιπυρετικό τύπου Deron maximum αναβράζοντα	ΚΟΥΤΙΑ
7	Αναλγητικό – Αντιπυρετικό τύπου Deron	ΚΟΥΤΙΑ
8	Αναλγητικό – Αντιπυρετικό – Αντιφλεγμονώδες τύπου Ponstan	ΚΟΥΤΙΑ
9	Αντισηπτικό σπρέϊ – τοπικό επούλωτικό τύπου Pulvo	ΤΕΜ
10	Αμμωνία	ΤΕΜ
11	Κρέμα τύπου Fusicort	ΤΕΜ
12	Υδρόφιλο Βαμβάκι	ΤΕΜ
13	Γάζες μικρές	ΤΕΜ
14	Ελαστικός Επίδεσμος	ΤΕΜ
15	Αυτοκόλλητες ταινίες (διάφορα μεγέθη)	ΤΕΜ
16	Θερμόμετρο ηλεκτρονικό	ΤΕΜ
17	Αυτοκόλλητη επιδεσμική ταινία στερέωσης επιθεμάτων τύπου Leukoplast	ΤΕΜ
18	Αντιδιαρροϊκες ταμπλέτες τύπου Imodium	ΚΟΥΤΙΑ
19	Οινόπνευμα Φαρμακευτικό	ΤΕΜ
20	Ιατρικά γάντια medium	ΚΟΥΤΙΑ
21	Ιατρικά γάντια large	ΚΟΥΤΙΑ
22	Αντιαλλεργικό σκεύασμα τύπου Zirtek	ΚΟΥΤΙΑ
23	Οφθαλμολογικές Σταγόνες (Υποκατάστατο δακρύων)	ΚΟΥΤΙΑ

24	Ψαλίδι	TEM
25	Τσιμπιδάκι	TEM
26	Οξυζενέ	TEM
27	Φυσιολογικός Ορός	ΚΟΥΤΙΑ
28	Θερμική Κουβέρτα Διάσωσης	TEM
29	Αντιεμετικές ταμπλέτες τύπου emetostop	ΚΟΥΤΙΑ
30	Μάσκα ανάνηψης - Τεχνητής αναπνοής	TEM
31	Αναλγητική γέλη τύπου Voltaren Emulgel	TEM

Τα υπό προμήθεια υλικά θα πρέπει να είναι καινούρια, ώστε να έχουν μεγάλο χρονικό περιθώριο μέχρι τη λήξη τους, αμεταχείριστα και κατάλληλα συσκευασμένα.

Αναλυτικές **ελάχιστες** τεχνικές προδιαγραφές της παραπάνω προμήθειας αναφέρονται στο **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ** της ανακοίνωσης.

Η επιλογή αναδόχου θα γίνει από την Επιτροπή Ανάθεσης του Φορέα Διαχείρισης Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού με κριτήριο την οικονομικότερη προσφορά.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλλουν αίτηση ενδιαφέροντος η οποία θα συνοδεύεται από την οικονομική προσφορά και υπεύθυνη δήλωση περί πλήρους αποδοχής και συμμόρφωσης με τις προδιαγραφές της παρούσας πρόσκλησης, μέχρι την **Δευτέρα 09 Μαρτίου 2015** και **ώρα 14.00μ.μ.** στα γραφεία του Φορέα Διαχείρισης Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού στο Άστρος Αρκαδίας, ΤΚ 22001 (Τηλ: 27550 22021, κα. Κανελίδου Άννα). Οι προσφορές ισχύουν και δεσμεύουν τους προσφέροντες για ένα (1) μήνα από την επόμενη ημέρα της καταληκτικής ημερομηνίας της πρόσκλησης. Οι προσφορές που κατατίθενται μετά την παραπάνω ημερομηνία και ώρα είναι εκπρόθεσμες, δεν παραλαμβάνονται ούτε αξιολογούνται αλλά επιστρέφονται. Εναλλακτικές προσφορές δεν γίνονται δεκτές, και απορρίπτονται ως απαράδεκτες.

Η πληρωμή της αξίας της προμήθειας στον ανάδοχο θα γίνει με την εξόφληση του 100% της συμβατικής αξίας μετά την οριστική παραλαβή της προμήθειας, με επιταγή η οποία θα εκδοθεί στο όνομα του βάσει των νόμιμων δικαιολογητικών. Για την καταβολή του τιμήματος θα απαιτηθούν:

- Πρωτόκολλο Ποιοτικής και Ποσοτικής Παραλαβής των προσφερόμενων ειδών από την αρμόδια Επιτροπή Παραλαβής του Φορέα Διαχείρισης.
- Τιμολόγιο του Αναδόχου.
- Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα.
- Κάθε άλλο δικαιολογητικό που τυχόν ήθελε ζητηθεί από τις αρμόδιες Υπηρεσίες που διενεργούν τον έλεγχο και την πληρωμή.

Η παρούσα πρόσκληση ενδιαφέροντος είναι δημοσιευμένη στον δικτυακό τόπο του Φορέα Διαχείρισης Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού [www.fdparnonas.gr](http://www.fdparnonas.gr).

Για το Φορέα Διαχείρισης Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ.  
Μήλιος Δημήτριος

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Τεχνικές προδιαγραφές προμήθειας**

A/A	ΕΙΔΟΣ	ΜΟΝ. ΜΕΤΡΗΣΗΣ	Ποσότητα	Αναλυτικές Προδιαγραφές
1	Βαλιτσάκι ειδικό για μεταφορά φαρμάκων	TEM	1 Μεγάλου Μεγέθους 5 Μεσαίου Μεγέθους	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαστάσεων (2 μεγέθη) περίπου 22x34x22cm και 19x28x14cm.</li> <li>• Από ανθεκτικό υλικό (αλουμίνιο)</li> <li>• Με διαχωριστικές θήκες για την οργάνωση του υλικού.</li> <li>• Με κατάλληλο και εργονομικό χερούλι μεταφοράς και κλειδωμα ασφαλείας.</li> </ul>
2	Συσκευή αναρρόφησης δηλητηρίου από δήγματα	ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κατάλληλη για αναρρόφηση δηλητηρίου που προήλθε από τσίμπημα φιδιού, σκορπιού, σφήκας κ.λπ</li> <li>• Να δρα χωρίς να προκαλεί πόνο.</li> <li>• Να δημιουργεί κενό αέρα 800mbar όταν πιέζεται το έμβολο.</li> </ul> <p><u>Η συσκευασία να περιλαμβάνει:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συσκευή αναρρόφησης.</li> <li>• 4 βεντούζες διαφορετικών μεγεθών.</li> <li>• Οδηγίες Χρήσης.</li> </ul>
3	Κρέμα ελαφριών εγκαυμάτων τύπου Beranthol	TEM	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αντιμετωπίζει ελαφρά/ηλιακά εγκαύματα.</li> <li>• Να παρέχει ενυδάτωση μακράς διάρκειας.</li> <li>• Να είναι κλινικά ελεγμένο.</li> <li>• Να περιέχει 55 προβιταμίνη B5 η οποία ενισχύει την ανάπλαση και την περιποίηση του ερεθισμένου και ευαίσθητου δέρματος.</li> <li>• Να έχει ουδέτερο pH.</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία τουλάχιστον 100g.</li> </ul>
4	Τοπικό αντισηπτικό τύπου Betadine	TEM	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι διάλυμα για εξωτερική χρήση.</li> <li>• Να είναι μείζον τοπικό αντισηπτικό για γενική χρήση.</li> <li>• Να διατίθεται σε συσκευασία τουλάχιστον 30ml.</li> <li>• Να είναι σκεύασμα της ουσίας ρονιδόνη, να είναι σε περιεκτικότητα 10%.</li> </ul>
5	Τοπικό αντισηπτικό τύπου Betadine	TEM	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι διάλυμα για εξωτερική χρήση.</li> <li>• Να είναι μείζον τοπικό αντισηπτικό για γενική χρήση.</li> <li>• Να διατίθεται σε συσκευασία τουλάχιστον 240ml.</li> <li>• Να είναι σκεύασμα της ουσίας ρονιδόνη, να είναι σε περιεκτικότητα 10%.</li> </ul>
6	Αναλγητικό – Αντιπυρετικό τύπου Deron maximum αναβράζοντα	ΚΟΥΤΙΑ	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να περιέχει παρακεταμόλη.</li> <li>• Να είναι των 500mg.</li> <li>• Να είναι για αναλγητική και αντιπυρετική δράση.</li> <li>• Να είναι σε μορφή αναβράζοντων δισκίων.</li> <li>• Να διατίθεται σε συσκευασία διχοτομούμενων δισκίων.</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία τουλάχιστον 8 δισκίων.</li> </ul>
7	Αναλγητικό – Αντιπυρετικό τύπου	ΚΟΥΤΙΑ	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να περιέχει παρακεταμόλη.</li> <li>• Να είναι των 500mg.</li> </ul>

	Depon			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι για αναλγητική και αντιπυρετική δράση.</li> <li>• Να είναι σε μορφή ταμπλέτας.</li> <li>• Να διατίθεται σε συσκευασία Blist, τουλάχιστον 15 ταμπλέτων.</li> </ul>
8	Αναλγητικό – Αντιπυρετικό – Αντιφλεγμονώδες τύπου Ponstan	ΚΟΥΤΙΑ	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να περιέχει μεφαιναμικό οξύ.</li> <li>• Να είναι αντιφλεγμονώδη.</li> <li>• Να είναι των 500mg.</li> <li>• Να είναι σε μορφή ταμπλέτας.</li> <li>• Να διατίθεται σε συσκευασία Blist, τουλάχιστον 15 δισκίων.</li> </ul>
9	Αντισηπτικό σπρέϊ – τοπικό επούλωτικό τύπου Pulvo	TEM	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι επούλωτικό και αντιμολυσματικό τραυμάτων περιορισμένης έκτασης</li> <li>• Να περιέχει τουλάχιστον 70gr αερολύματος</li> <li>• Δραστικές ουσίες: catalase και Neomycin</li> </ul>
10	Αμμωνία	TEM	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι για εξωτερική χρήση.</li> <li>• Να καταπολεμάει τις συνέπειες από τσιμπήματα εντόμων και φυτών.</li> <li>• Να είναι σε μορφή stick.</li> <li>• Να διατίθεται σε συσκευασία τουλάχιστον 14gr.</li> <li>• Να περιέχει ισχυρές, αντιφλεγμονώδεις, αντίερεθιστικές και επούλωτικές ιδιότητες.</li> </ul>
11	Κρέμα τύπου Fucicort	TEM	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να προσφέρει την ισχυρή τοπική αντιβακτηριακή δράση του φουσιδικού οξέος με την αντιφλεγμονώδη και αντικνησμώδη δράση της βηταμεθαζόνης.</li> <li>• Να διατίθεται σε σωληνάριο τουλάχιστον 15gr.</li> <li>• Να είναι σε μορφή αλοιφής.</li> <li>• Να είναι περιεκτικότητας (2+0,1)%</li> </ul>
12	Υδρόφιλο Βαμβάκι	TEM	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι 100% καθαρό.</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία 70gr.</li> </ul>
13	Γάζες μικρές	TEM	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι αποστειρωμένες.</li> <li>• Να είναι κατασκευασμένες από 100% βαμβάκι.</li> <li>• Να μην έχει ατέλειες (ξέφτια, χνουδία)</li> <li>• Να είναι μεγέθους από 13X13 cm έως 16X16 cm.</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία τουλάχιστον 10 τεμαχίων.</li> </ul>
14	Ελαστικός Επίδεσμος	TEM	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ασφαρίζει με γαντζάκια.</li> <li>• Να είναι εύκολος στη χρήση του.</li> <li>• Να προσφέρει αποτελεσματική υποστήριξη σε τραυματισμένους μύες, συνδέσμους-αδύναμες στραμπουλιγμένες αρθρώσεις.</li> <li>• Να είναι σύνθεσης βαμβακιού, πολυαμιδίου και ελαστίνης.</li> <li>• Να έχει μέγεθος τουλάχιστον 10 cm.</li> </ul>
15	Αυτοκόλλητες ταινίες (διάφορα μεγέθη)	TEM	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι αποστειρωμένες και υποαλλεργικές.</li> <li>• Να είναι αεριζόμενες και ελαστικές.</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία 20 τουλάχιστον τεμαχίων.</li> </ul>
16	Θερμόμετρο ηλεκτρονικό	TEM	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να παρέχει ασφαλή, απλή και αξιόπιστη μέτρηση θερμοκρασίας.</li> <li>• Να είναι αδιάβροχο.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να έχει ηχητικό σήμα μέτρησης και πυρετού.</li> </ul>
17	Αυτοκόλλητη επιδεσμική ταινία στερέωσης επιθεμάτων τύπου Leukoplast	TEM	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι μικροπορώδης και υποαλλεργική.</li> <li>• Να έχει ισχυρή κολλητική ικανότητα.</li> <li>• Μήκους 5m, φάρδος 1,25cm</li> </ul>
18	Αντιδιαρροικές ταμπλέτες τύπου Imodium	ΚΟΥΤΙΑ	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να περιέχει υδροχλωρική λοπεραμίδη.</li> <li>• Να είναι σε μορφή κάψουλας.</li> <li>• Να είναι περιεκτικότητας 2 mg.</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία Blist, τουλάχιστον 18 τεμαχίων.</li> </ul>
19	Οινόπνευμα Φαρμακευτικό	TEM	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι λευκό για ιατρική χρήση 70°</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία τουλάχιστον 250 ml.</li> </ul>
20	Ιατρικά γάντια medium	ΚΟΥΤΙΑ	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι αποστειρωμένα.</li> <li>• Να είναι μιας χρήσης, ελαφρώς πουδραρισμένα.</li> <li>• Να είναι ανθεκτικά και ασφαλή.</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία των 100 τεμαχίων.</li> <li>• Να είναι σε μέγεθος medium</li> </ul>
21	Ιατρικά γάντια large	ΚΟΥΤΙΑ	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι αποστειρωμένα.</li> <li>• Να είναι μιας χρήσης, ελαφρώς πουδραρισμένα.</li> <li>• Να είναι ανθεκτικά και ασφαλή.</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία των 100 τεμαχίων.</li> <li>• Να είναι σε μέγεθος large</li> </ul>
22	Αντιαλλεργικό σκεύασμα τύπου Zirtek	ΚΟΥΤΙΑ	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να περιέχει την ουσία σεριτιζίνη διϋδροχλωρική.</li> <li>• Να αντιμετωπίζει την εποχιακή και χρόνια αλλεργική ρινίτιδα.</li> <li>• Να είναι σε σκεύασμα Blist, τουλάχιστον 10 δισκίων.</li> </ul>
23	Οφθαλμολογικές Σταγόνες (Υποκατάστατο δακρύων)	ΚΟΥΤΙΑ	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι υποκατάστατο δακρύων</li> <li>• Να ενυδατώνει και να ανακουφίζει τα ερεθισμένα μάτια</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία τουλάχιστον 10 τεμαχίων (αμπούλες) μια δόσης (0,5ml) έκαστο</li> </ul>
24	Ψαλίδι	TEM	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ψαλίδι: ίσιο, αιχμηρό, ανοξειδωτο ατσάλι, 14,5 cm.</li> </ul>
25	Τσιμπιδάκι	TEM	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τσιμπιδάκι: τουλάχιστον 3,25 mm, ίσια μύτη.</li> </ul>
26	Οξυζενέ	TEM	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διάλυμα υπεροξειδίου υδρογόνου</li> <li>• Να είναι ήπιο αντισηπτικό και απολύμανσης τραυμάτων, για εξωτερική δερματική χρήση</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία τουλάχιστον 200ml</li> </ul>
27	Φυσιολογικός Ορός	ΚΟΥΤΙΑ	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι 0,9% NaCl</li> <li>• Να είναι σε αμπούλες των 5ml</li> <li>• Να είναι κατάλληλο για τον καθαρισμό πληγών</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία τουλάχιστον 30 τεμαχίων</li> </ul>
28	Θερμική Κουβέρτα Διάσωσης	TEM	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ισοθερμική</li> <li>• Διαστάσεων 160x210cm</li> </ul>
29	Αντιεμετικές ταμπλέτες	ΚΟΥΤΙΑ	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι σκεύασμα της ουσίας meclozine</li> </ul>

	τύπου emetostop			hydrochloride <ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι περιεκτικότητας 30mg</li> <li>• Να είναι σε συσκευασία τουλάχιστον 10 τεμαχίων</li> <li>• Να είναι σε μορφή ταμπλέτας</li> </ul>
30	Μάσκα ανάνηψης - Τεχνητής αναπνοής	TEM	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να είναι ημιδιαφανής μάσκα προσώπου με ανεπίστροφη βαλβίδα που να αποτρέπει την άμεση επαφή του διασώστη με το θύμα.</li> <li>• Να είναι σε πρακτική και ανθεκτική συσκευασία και να χωρά σε κιτ Α΄ Βοηθειών.</li> <li>• Να είναι κατασκευασμένη από μη τοξικό υλικό.</li> <li>• Να έχει οδηγίες χρήσης.</li> </ul>
31	Αναλγητική γέλη τύπου Voltaren Emulgel	TEM	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να έχει αντιφλεγμονώδεις και αναλγητικές ιδιότητες.</li> <li>• Να ανακουφίζει από τα συμπτώματα της φλεγμονής, όπως πρήξιμο και πόνο.</li> <li>• Να περιέχει δικλοφενάκη, σε περιεκτικότητα 10 mg.</li> <li>• Να είναι σε μορφή γέλης.</li> <li>• Να διατίθεται σε σωληνάριο 100 gr τουλάχιστον.</li> </ul>

**ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΣ** (επί ποινή αποκλεισμού)

1. Αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος με την οικονομική προσφορά του ενδιαφερόμενου
2. Υπεύθυνη δήλωση ότι: Έλαβε γνώση όλων των όρων της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος τους οποίους και δέχεται ανεπιφύλακτα.
3. Συνοδευτικό υλικό των χαρακτηριστικών και των προδιαγραφών των προσφερόμενων ειδών (φυλλάδιο προϊόντος, τεχνικές προδιαγραφές, κ.ά.). Αφορά μόνο τα δύο πρώτα είδη του παραπάνω πίνακα.

[Στοιχεία προμηθευτή]

Ημερομηνία, .....

Προς:

Επιτροπή Ανάθεσης του  
 Φορέα Διαχείρισης Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού  
 Άστρος Αρκαδίας, 22001

**Έργο: «Προμήθεια φαρμακευτικού υλικού»**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

Του

Για την προμήθεια φαρμακευτικού υλικού του Φορέα Διαχείρισης Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού με **κατ' αποκοπή τιμή** των .....ευρώ (.....,.....€) συμπεριλαμβανομένων των νόμιμων φόρων και κρατήσεων, σύμφωνα με τον παρακάτω αναλυτικό πίνακα ειδών, ποσοτήτων και τιμών:

Είδος προμήθειας	Ποσότητα	Αναλυτικές προδιαγραφές	Προσφορά σύμφωνη με τις προδιαγραφές	Τιμή μονάδας	ΣΥΝΟΛΟ
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
<b>Τελικό κόστος σε ευρώ (€) (συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ)</b>					

Ο Προσφέρων

(Σφραγίδα-Υπογραφή)



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(Άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών  
(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	ΦΟΡΕΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΟΡΟΥΣ ΠΑΡΝΩΝΑ ΚΑΙ ΥΓΡΟΤΟΠΟΥ ΜΟΥΣΤΟΥ								
Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		TK:	
Αρ. Τηλεομοιότητας (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: έλαβα γνώση όλων των όρων της πρόσκλησης ενδιαφέροντος του Φορέα Διαχείρισης Όρους Πάρνωνα και Υγροτόπου Μουστού για την προμήθεια φαρμακευτικού υλικού τους οποίους δέχομαι ανεπιφύλακτα.

Ημερομηνία: / /2015

Ο Δηλών

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.