

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ: \_\_\_\_\_ ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΙ.ΛΟ.Φ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΦΑΚΕΛΩΝ: \_\_\_\_\_ ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ eΔΑΠΥ: \_\_\_\_\_

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ / ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ**

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ (€)	ΠΛΗΘΟΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΩΝ	ΑΡΙΘ. ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ	ΗΜ/ΝΙΑ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ	ΑΡΙΘ. ΦΑΚΕΛΩΝ
890	ΠΑΡΟΧΗΣ Υ/Ν ΥΛΙΚΟΥ (C.02-Π.Υ.Υ.-01)					
891	ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ (C.04-Σ.Δ.Τ.-01)					
892	ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ/ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ/ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ (C.05-Π.ΟΡ.ΑΝ.ΣΥ_ΕΙ-01)					
894	ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ					
895	ΕΥΡΩΠΑΙΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΠΑΡΟΧΗΣ Υ/Ν ΥΛΙΚΟΥ (C.02-Π.Υ.Υ.-01)					
896	ΕΥΡΩΠΑΙΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ (C.04-Σ.Δ.Τ.-01)					
897	ΕΥΡΩΠΑΙΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ/ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ/ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ (C.05-Π.ΟΡ.ΑΝ.ΣΥ_ΕΙ-01)					
898	ΕΥΡΩΠΑΙΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ					
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>					

Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα προς το Δι.ΛΟ.Φ. μελών Φ.Σ.Θεσσαλονίκης πως τα ανωτέρω στοιχεία (αιτούμενο ποσό, αριθμός τιμολογίου, πλήθος γνωματεύσεων, ημερομηνία τιμολογίου) είναι τα ορθά και ο Δι.ΛΟ.Φ ουδεμία ευθύνη φέρει εάν τα στοιχεία εντός του φακέλου υποβολής είναι διαφορετικά από τα δηλωθέντα, ευθύνη την οποία φέρω πλήρη και αποκλειστικά ο καθέτων.

Ο ΚΑΤΑΘΕΤΗΣ (ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ (ΔΙΛΟΦ)