



## ΦΟΡΜΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

### Προσωπικές Πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο:

Όργανισμός:

Διεύθυνση:

Πόλη:

T.K.:

Περιφέρεια:

Χώρα:

ΑΦΜ:

ΔΟΥ:

Τηλ.:

email:

### Πληροφορίες Χρέωσης (αν διαφέρουν από τις παραπάνω)

Όνοματεπώνυμο:

Όργανισμός:

Διεύθυνση:

Πόλη:

T.K.:

Περιφέρεια:

Χώρα:

ΑΦΜ:

ΔΟΥ:

### Πρόσθετες πληροφορίες

#### Υπογράφοντας, συμφωνώ με τα παρακάτω:

Όλες οι απαραίτητες άδειες και εγκρίσεις έχουν ληφθεί πριν από την υποβολή της εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Έχω διαβάσει και κατανοήσι τους [Όρους Παροχής Υπηρεσιών του ΕΑΦΜ](#) και συμφωνώ με αυτούς.

Έχω διαβάσει και κατανοήσι την [Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΕΑΦΜ](#) και συμφωνώ με αυτήν.

### Χρήση μόνο από το ΕΑΦΜ

Ημερομηνία παραλαβής:

Αριθμός Έργου:

**Ενδιαφέρομαι για** (επιλέξτε μία ή παραπάνω υπηρεσίες εφόσον αφορούν τα ίδια δείγματα):

### Πληροφορίες δειγμάτων

Είδος:

Αριθμός:

**Απαιτείται δειγματοληψία από το ΕΑΦΜ;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ημερομηνία

Παρακαλώ στείλτε την φόρμα συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη στο [arplab@athenarc.gr](mailto:arplab@athenarc.gr)

Υπογραφή