



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

Έχω διαβάσει και κατανοήσει 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

Υπογραφή