Образец 1

**ДО**

**РЗИ-СИЛИСТРА**

**УЛ. „ПЕТЪР МУТАФЧИЕВ“ № 82**

**ГР. СИЛИСТРА**

**ОФЕРТА**

***І. ИДЕНТИФИКАЦИЯ НА УЧАСТНИКА***

Настоящата оферта e подадена от:……………………………….………….................…

 */наименование на участника/*

и подписана от:*……………………………………………………………………………………….*

 */три имена/*

в качеството му/им на…………………………………………………………………..….

 */длъжност/*

***II.АДМИНИСТРАТИВНИ СВЕДЕНИЯ***

1.ЕИК/БУЛСТАТ/ или друга идентифицираща информация съгласно регистрацията на участника, в съответствие със законодателството на държавата, в която е установен:

..................................................................................................................................................

2.Адрес...............................................................................................................................

 /пощенски код, град, община, кв., ул., бл., ап./

Телефон №: .....................................................

факс №:............................................................

e- mail: .

3.Лице за контакти.................................................

Длъжност:…………………………………………………..

телефон / факс: ………………………

4.Обслужваща банка:……………………………………

Сметката, по която ще бъдат извършвани разплащанията по договора, ако участникът бъде определен за изпълнител на поръчката:

IBAN……………………………………………BIC……………………………………………

Титуляр на сметката………………………………………………………………………….…

5.Удостоверение за регистрация/ разрешение за дейност по Закона за лечебните заведения-………………………………………………………………………………………

 **УВАЖАЕМИ Г-Н ДИРЕКТОР*,***

1. 1. Заявявам, че желаем да участваме и представяме оферта за участие в обявената от Вас процедура по реда чл. 20, ал. 4, т. 3 от ЗОП - **директно възлагане** с предмет**: „Избор на лечебно заведение за провеждане на профилактични прегледи на лица от ромски произход и на такива със затруднен достъп до лечебни заведения в населените места от Област Силистра по изпълнение на дейностите за 2020 г. към Националния план за действие за изпълнение на Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020), приоритет „Здравеопазване““**

2. Задължаваме се да спазваме всички условия на възложителя, посочени в документацията за участие, които се отнасят до изпълнението на поръчката, в случай, че същата ни бъде възложена.

3. Задължаваме се да не разпространяваме по никакъв повод и под никакъв предлог данните, свързани с поръчката, станали ни известни във връзка с участието.

4. Съгласни сме валидността на нашето предложение да бъде ………………. календарни дни, но не по-малко от 80 календарни дни от крайната дата за получаване на офертите и то ще остане обвързващо за нас, като може да бъде прието по всяко време преди изтичане на този срок.

5. Приемаме условията на предложения проект на договор.

6. Подаването на настоящата оферта удостоверява безусловното приемане на всички изисквания и задължения, поставени от Възложителя в провежданата процедура.

7. Съгласни сме с изискуемия от РЗИ-Силистра срок за изпълнение до 08.11.2020 г. Заявяваме, че разполагаме с медицински специалисти, в това число лекар/-и/, притежаващ/и съответната квалификация за изпълнението на възложените дейности

8. При изпълнение на поръчката **ще/няма да** използваме подизпълнители.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование на подизпълнителя | Обхват на дейностите, които ще извършва | Размер на участието на подизпълнителя в общата цена на предложението (в %) |
|  |  |  |
|  |  |  |

***/попълва се, само ако се ползват подизпълнители/***

9.Предлаганата от наша страна цената за един профилактичен мамографски преглед на лице е в размер на :……………….…… лв. с вкл. ДДС

 Крайната сума за извършване на профилактични прегледи на ……. лица от ромски произход и на такива със затруднен достъп до лечебни заведения от населени места от Силистренска област е в размер до 10000 лв. с вкл. ДДС

Медицинският персонал /в това число лекари със специалност, правоспособен шофьор за управление на мобилната единица, гориво и паркинг за автомобила и консумативи за медицинското оборудване се осигуряват от наша страна и разходите за тях са включени /калкулирани/ в цената за един преглед.

10.Списък на всички документи (съответно копия на документи), в подписан и подпечатан вид:

…………………………………

……………………………….

……………………………….

**Дата:…………… Заявител: ………………………………**

 */име, фамилия и подпис на упълномощеното лице, длъжност, наименование на Участника, печат/*

|  |
| --- |
| **Образец 2****ДЕКЛАРАЦИЯ - СПИСЪК****на служителите/експертите, които ще бъдат ангажирани в изпълнение на процедура** **при условията и реда чл. 20, ал. 4, т. 3 от ЗОП - директно възлагане с предмет: : „Избор на лечебно заведение за провеждане на профилактични прегледи на лица от ромски произход и на такива със затруднен достъп до лечебни заведения в населените места от Област Силистра по изпълнение на дейностите за 2020 г. към Националния план за действие за изпълнение на Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020), приоритет „Здравеопазване““**Долуподписаният /-ната/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *(трите имена на лицето, представляващо лицето, което прави предложението)*ЕГН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в качеството си на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*(наименование и правноорганизационна форма на лицето, което прави предложението)*със седалище и адрес на управление/постоянен адрес: гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,ЕИК/БУЛСТАТ/ЕГН/Идентификация на чуждестранно лице: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,-**ДЕКЛАРИРАМ:**1.Служители/експертите, с които предлагаме да изпълним обществената полъчка в съответствие с изискванията на възложителя, са: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Служител/експерт*(трите имена)* | Образование *(степен, специалност, година на дипломиране, № на диплома, учебно заведение)* | Професионална квалификация *(направление, специалност, година на придобиване, № на издадения документ,сертификат, издател)* | Професионален опит в областта на ……………………. *(месторабота, период, длъжност, основни функции)* |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

*Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.*

**Дата:....................2020 г. Декларатор: ................................**

|  |
| --- |
| Образец 3**ДЕКЛАРАЦИЯ** **за ангажираност на експерт** |
| Подписаният/ата  |
| *(трите имена)* |
|  |
| *(данни по документ за самоличност)* |
| в качеството ми на експерт в офертата на  |
| *(наименование на участника)* |
| **ДЕКЛАРИРАМ:** |
| 1.На разположение съм да поема работата по **процедура за избор на лечебно заведение, при условията и реда чл. 20, ал. 4, т. 3 от ЗОП - директно възлагане с предмет: „Избор на лечебно заведение за провеждане на профилактични прегледи на лица от ромски произход и на такива със затруднен достъп до лечебни заведения в населените места от Област Силистра по изпълнение на дейностите за 2020 г. към Националния план за действие за изпълнение на Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020), приоритет „Здравеопазване““** |
| 2.Задължавам се да работя в съответствие с предложението на участника за качественото изпълнение на обществената поръчка.  |
| 3.Заявените от участника по отношение на мен данни и информация са верни. |
| 4.Разбирам, че всяко невярно изявление от моя страна може да доведе до отстраняване на участника от процедурата. |
| 5.Задължавам се да не разпространявам по никакъв повод и под никакъв предлог данните, свързани с обществената поръчка, станали ми известни във връзка с моето участие в процедурата. |
| **Дата: ..............................................                             Декларатор: ........................................** |
|  |
|  |