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 2019 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 60 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 08.11.2019 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 акушеро-геникологичен 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 на 12000 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 вкл. извършването на цитонамазка 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*