|  |
| --- |
| **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 2019 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:....................2019 г. Декларатор: .....................**