**ДО**

**РЗИ - Софийска област**

**ГР. СОФИЯ**

**Бул. Акад. Иван Гешов № 15**

**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. 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/ имунизации по изпълнение на Национален план за действие за периода 2015-2020 г. за изпълнение на Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020), приоритет „Здравеопазване“, приет с Решение№ 355 на министерски съвет от 2016 г.“ по следните позици:**

**„Провеждане на задължителни имунизации на деца /новородени и в предучилищна възраст/, при които няма данни за проведени имунизации, имунизационната схема за възрастта е непълна, нямат избран личен лекар и/или нямат постоянна адресна регистрация в населените места от Софийска област – гр.гр. Ихтиман и Елин Пелин “**

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. До подготвянето на договор, това предложение заедно с писменото приемане от Ваша страна и известие за сключване на договор ще формират обвързващо споразумение между двете страни.

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-Софийска област срок за изпълнение до 17.11.2017 г. Заявявам, че разполагам с медицински специалисти, в това число лекар/-и/, притежаващ съответната квалификация за изпълнението на възложените дейности по съответната позиция.

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.Крайната сума за извършване на прегледи на деца /новородени и в предучилищна възраст/, при които няма данни за проведени имунизации, имунизационната схема за възрастта е непълна, нямат избран личен лекар и/или нямат постоянна адресна регистрация в населените места от Софийска област – гр.гр. Ихтиман и Елин Пелин е в размер на…………………………… лв.

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

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/*

|  |
| --- |
| **Приложение № 1**  **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/ имунизации по изпълнение на дейностите за 2017 г. към Националния план за действие за периода 2015-2020 г. за изпълнение на Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020), приоритет „Здравеопазване“, приет с Решение№ 355 на Министерски съвет от 2016 г.“**  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 поръчка 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:....................2017 г. Декларатор: ................................**

|  |
| --- |
| **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/ имунизации по изпълнение на дейностите за 2017 г. към Националния план за действие за периода 2015-2020 г. за изпълнение на Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020), приоритет „Здравеопазване“, приет с Решение№ 355 на Министерски съвет от 2016 г.“**  **„Провеждане на задължителни имунизации на деца /новородени и в предучилищна възраст/, при които няма данни за проведени имунизации, имунизационната схема за възрастта е непълна, нямат избран личен лекар и/или нямат постоянна адресна регистрация в населените места от Софийска област в гр.гр. Ихтиман и Елин Пелин“.** |
| 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: ........................................** |
|  |
|  |