**П Р Е Д С Т А В Я Н Е Н А У Ч А С Т Н И К А**

**в обществена поръчка на стойност по чл. 20, ал. 3, т.2 от Закона за обществените поръчки с предмет: „Провеждане на медицински прегледи и изследвания на работещите в Българската народна банка“**

**ДО:** **Българска народна банка, гр. София 1000, пл. ,,Княз Александър І” № 1**

От: ........................................................................................................................................................

*(наименование на участника)*

Адрес / Седалище и адрес на управление:…………………………………………………………………..

- пощенски код, населено място: ………………………………………....

- ул./бул. №, блок №, вход, етаж:………………………………………….

ЕИК/БУЛСТАТ/ЕГН:………………………………………………………

*(или друга идентифицираща информация в съответствие със законодателството на държавата, в която участникът е установен)*

Адрес за кореспонденция:…………………………………………………

- пощенски код, населено място:………………………………………….

- ул./бул. №, блок №, вход, етаж:………………………………………….

Телефон:…………………………………

Факс:……………………………………..

E-mail адрес:…………………………….

*(в случай че участникът е обединение, информацията се попълва за всеки участник в обединението, като се добавя необходимият брой полета)*

Лица, представляващи участника: …………………………………

*(ако лицата са повече от едно, се добавя необходимият брой полета)*

Участникът се представлява заедно или поотделно или заедно и поотделно *(невярното се зачертава)* от следните лица:

1. ...........................................................

2. ...........................................................

Данни за банковата сметка:

Обслужваща банка:............................

IBAN....................................................

BIC.......................................................

Титуляр на сметката:..........................

**УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА,**

1. С настоящото изразяваме нашето желание за участие в обявената от Вас обществена поръчка на стойност по чл. 20, ал. 3, т. 2 Закона за обществените поръчки (ЗОП) , с предмет: **„Провеждане на медицински прегледи и изследвания на работещите в Българската народна банка“.**
2. Декларираме, че сме запознати с условията за участие в обявената от Вас процедура и се задължаваме 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. Декларирам, че представляваният от мен участник е / не е (невярното се зачертава) свързано лице с друг участник в процедурата по смисъла на т. 45 от Допълнителните разпоредби на ЗОП.
4. Отговаряме на поставените от възложителя изисквания посочени в Техническата спецификация – Приложение № 1, както следва:

I. **Годност (правоспособност) за упражняване на професионална дейност:**

1. Декларирам, че представляваното от мен/нас лечебно заведение …………………………………………,

*(наименование на участника* /медицински център, МДЦ ДКЦ/*)*

за обособена позиция № ….., *(посочва се номерът на съответната позиция)* притежава валидна регистрация в съответната регионална здравна инспекция, на територията, на която ще се провеждат медицинските прегледи и изследвания по съответната обособена позиция. Лечебното заведение е регистрирано, съгласно чл. 40 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) и е вписано в публичен регистър по чл. 41 от ЗЛЗ.

**2**. Декларирам, че осигурените от мен/нас лица имат право да упражняват медицинска професия (лекари), съгласно изискванията на чл. 183, ал. 1-3 от Закона за здравето и на чл. 3, ал. 1 и 4 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, и имат придобита специалност по чл. 178, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето, като същите лица имат актуално членство в съответната районна колегия на Българския лекарски съюз.

**II. Технически и професионални способности:**

1. Декларирам, че представляваният от мен/нас участник:

1.1 ще осигури отделни специализирани медицински кабинети, в които да се проведат медицинските прегледи от лекари с придобита специалност по вътрешни болести, по акушерство и гинекология, по очни болести и по урология. Също така ще осигури кабинети за провеждане на ехография на млечната жлеза и ехография на коремни органи, като предлагаме изследванията да се проведат в кабинети по ……………………………… от специалист по …………….. Гарантираме, че медицинските кабинети са оборудвани с необходимата медицинска апаратура за провеждане на съответния вид медицински преглед и изследване и отговарят на необходимите изисквания за изпълнение на дейността.

1.2. ще осигури клинична лаборатория, в т.ч. помещения за вземане на биологичен материал, оборудвани съгласно медицински стандарт „Клинична лаборатория“, утвърден с Наредба № 1 от 31 януари 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Клинична лаборатория“.

1.3. ще осигури регистратура, на която работещите на БНБ да бъдат посрещнати, насочени и информирани за реда на провеждане на медицинските прегледи и изследвания и на която да получат профилактични карти, в които да попълнят личните си данни.

2. Декларирам, че ще представляваният от мен/нас участник ще осигури следния персонал за изпълнение на обществената поръчка по обособена поръчка № …………..:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вид медицински преглед и изследване** | **Трите имена на лицето/лицата, което/които ще провежда/т съответния вид медицински преглед и/или медицинско изследване** | **Образование, Степен, Специалност,**  **Допълнителна**  **Квалификация** |
| **1.** | Медицински преглед от лекар с придобита специалност „Вътрешни болести“включващ: снемане на пълен клиничен статус, електрокардиограма със запис и разчитане, измерване на артериално налягане. |  |  |
| **2.** | Медицински преглед от лекар с придобита специалност „Очни болести“, включващ: оценка състоянието на зрението (изследване на зрителна острота с таблици, авторефрактометрия и цветоусещане) и при необходимост издаване на рецепта с предписание за корекция на зрението, в т.ч. за работа с видеодисплей. |  |  |
| **3.** | Медицински преглед от лекар с придобита специалност „Акушерство и гинекология“, включващ: снемане на общ гинекологичен статус, ехография и цитонамазка. |  |  |
| **4.** | Ехография на коремни органи от лекар специалист, притежаващ квалификация за провеждане на изследването |  |  |
| **5.** | Медицински преглед от лекар специалист, притежаващ квалификация в областта на ехография на млечни жлези, включващ и ехография на млечни жлези. |  |  |
| **6.** | Медицински преглед от лекар с придобита специалност „Урология“, включващ и ехография на простатната жлеза. |  |  |

3. Декларирам, че за изпълнение на обществената поръчка по обособена позиция № ……… представлявания от мен/нас участник ще осигури ………… клиничен/ни лаборант/и, който/които ще взима/т необходимия биологичен материал за провеждане на медицинските изследвания в обхвата, посочен в Техническата спецификация на Възложителя – Приложение № 1, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Клинична лаборатория“, утвърден с Наредба № 1 от 31 януари 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт “Клинична лаборатория”.

/Участникът посочва броя на клиничните лаборанти, които ще осигури за изпълнение на обществената поръчка по съответната обособена позиция, като не е необходимо да попълва данни за координаторите в таблицата/.

4.Декларираме, че за изпълнение на обществената поръчка по обособена позиция № ……… представлявания от мен/нас участник ще осигури ………… координатор/и, който/които ще изпълнява/т дейностите, посочени в Техническата спецификация на Възложителя – Приложение № 1, като при невъзможност координатор да изпълнява тези дейности, незабавно ще осигуря друг, който да осъществява същите функции.

/Участникът посочва броя на координаторите, които ще осигури за изпълнение на обществената поръчка по съответната обособена позиция, като не е необходимо да попълва данни за координаторите в таблицата/.

*Документът се попълва за всяка обособена позиция от №№ 2 до 6. В случаите, когато участникът кандидатства за повече от една обособена позиция той следва да попълни документа за всяка една от обособените позиции, за които кандидатства.*

Приложения:

1. ………………………………….

2. ………………………………….

Дата,…………………..г. **ДЕКЛАРАТОР:** ……………………

*(дата на подписване) (подпис и печат)*