**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, както следва:

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

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

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

за обособена позиция № 1, притежава валидна регистрация в регионална здравна инспекция – гр. София, . 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 лечебното заведение, в което представляваният от нас участник предлага да се провеждат медицинските прегледи и изследвания на работещите в БНБ в гр. София, разполага със следната материална база, която ще бъде налична през цялото време на изпълнение на обществената поръчка:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Вид на лечебното заведение, в което ще се провеждат медицинските прегледи и изследвания. | МЦ, МДЦ, ДКЦ: ..........................................  *(изписва се)* |
| 2. Пълен адрес на лечебното заведение, в което ще се провеждат медицинските прегледи и изследвания. | Град: ..............................................................  Област: ..........................................................  Община: ........................................................  Пл./бул./ул. ...................................................  № ................................ |
| 3. Специализиран/и медицински  кабинет/и, предназначен/и за провеждане на медицински прегледи на работещите в БНБ от лекар със специалност „Вътрешни болести“ | Брой кабинети: ..................., оборудван/и съгласно медицински стандарт „Вътрешни болести“, утвърден с Наредба № 28 от 01.07.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Вътрешни болести“ |
| 4. Специализиран/и медицински кабинет/и, предназначен/и за провеждане на медицински прегледи на работещите в БНБ от лекар със специалност „Очни болести“ | Брой кабинети: ..................., оборудван/и съгласно медицински стандарт „Очни болести“, утвърден с Наредба № 36 от 6.08.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Очни болести“ |
| 5. Специализиран/и медицински кабинет/и, с обособена съблекалня, предназначен/и за провеждане на медицински прегледи на работещите в БНБ от лекар със специалност „Акушерство и гинекология“ | Брой кабинети: ...................., оборудван/и съгласно медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, утвърден с Наредба № 19 от 22.12.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология“ |
| 6. Специализиран/и медицински кабинет/и, предназначен/и за провеждане на медицински преглед от лекар специалист, притежаващ квалификация в областта на ехографията на млечни жлези на работещите в БНБ. | Брой кабинети: .....................  **Забележка:** В случай че не разполага с отделен и самостоятелен медицински кабинет, участникът следва да посочи, че ехографията на млечни жлези ще се проведе в специализиран медицински кабинет по  ........................................................................,  от специалист по  ........................................................................,  като кабинета е оборудван с необходимата медицинска апаратура за провеждане на ехографията на млечни жлези. |
| 7. Специализиран/и медицински кабинет/и, предназначен/и за провеждане на ехография на коремни органи на работещите на БНБ | Брой кабинети: .....................  **Забележка:** В случай че не разполага с отделен и самостоятелен медицински кабинет, участникът следва да посочи, че ехографията на коремните органи ще се проведе в специализиран медицински кабинет по  ........................................................................,  от специалист по  ........................................................................,  като кабинета е оборудван с необходимата медицинска апаратура за провеждане на ехографията на коремни органи. |
| 8. Специализиран/и медицински кабинет/и за провеждане на медицински преглед на работещите в БНБ от лекар със специалност „Урология“ | Брой кабинети: ..................... оборудван/и съгласно медицински стандарт, „Урология“, утвърден с Наредба  № 10.12.2013 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Урология“; |
| 9. Специализиран/и медицински кабинет/и за провеждане на медицински преглед на работещите в БНБ от лекар със специалност „Ушно-носно-гърлени болести“ | Брой кабинети: ....................., оборудван/и с необходимата медицинска апаратура за провеждане на изследването. |

2. Декларирам, че лечебното заведение ……………………………………….. ………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………

/участникът следва да декларира изрично наличието или липсата на регистратура, където работещите на БНБ да попълват личните си данни в профилактичната карта/.

3. Декларирам, че представляваният от мен/нас участник разполага с …………………………………………………………………………………………………. като вземането на биологичния материал ще се осъществява в помещения, оборудвани и отговарящи на изискванията на медицински стандарт „Клинична лаборатория“, утвърден с Наредба № 1 от 31 януари 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Клинична лаборатория“ или еквивалент.

/участникът следва да декларира изрично наличието или липсата на клинична лаборатория/.

1. Декларирам, че лечебното заведение, в което представляваният от нас участник предлага да се провеждат медицинските прегледи и изследвания на работещите в БНБ в гр. София, разполага със следния лекарски екип:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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 лекарс 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. |  |  |
| **7.** | Аудиометрично изследване и разчитане на резултатите от лекар с придобита специалност „Ушно-носно-гърлени болести“ |  |  |

2. Декларирам, че за изпълнение на обществената поръчка представляваният от мен/нас участник ще осигури ………… клинични лаборанти през цялото време на провеждане на медицинските прегледи и изследвания, които ще взимат 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” или еквивалент.

/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/.

3. Декларирам, че за изпълнение на обществената поръчка представляваният от мен/нас участник ще осигури ………… координатори, които през цялото време на провеждане на медицинските прегледи и изследвания ще изпълняват 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/.

Приложения:

1. ………………………………….

2. ………………………………….

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

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