**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“**

**по обособена позиция № 1 „Медицински прегледи и изследвания на работещите в гр. София“**

**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 от Закона за обществените поръчки (ЗОП), с предмет: **„Провеждане на медицински прегледи и изследвания на работещите в Българската народна банка“, обособена позиция № 1 „Медицински прегледи и изследвания на работещите в гр. София**

2. Декларираме, че сме запознати с условията за участие в обявената от Вас обществена поръчка 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 обществената поръчка 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 …………………...

…………………….., *(*наименованието на съответното лечебно заведение)*,* има право да осъществява медицинските дейности, предмет на обществената поръчка, съгласно Закона за лечебните заведения ипритежава валидна регистрация в …………………………………………………., от ……………………...................................

**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 e на следния адрес: пл./бул./ул. …………………………………………………………. № ……………………, като медицинските прегледи и изследвания в изисквания от Възложителя обхват ще се осъществяват на посочения по-горе адрес.

2. Декларирам, че предлаганото от мен/нас лечебно заведение по т. 1 разполага със следната материална база, която ще бъде налична през цялото време на изпълнение на обществената поръчка:

|  |  |
| --- | --- |
| Изисквания към участниците  Всеки участник трябва да раполага с: | Отговор на участника: |
| 2.1. Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет, за провеждане на медицински преглед на работещите в БНБ от лекар със специалност „Вътрешни болести“ | [] Да [] Не [……] [……]  Брой кабинети: ..................., оборудван/и за извършване на медицински преглед от лекар с придобита специалност - „Вътрешни болести“ в пълен обем, съгласно изискванията на Възложителя. |
| 2.2. Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет, за провеждане на медицински преглед на работещите в БНБ от лекар със специалност „Очни болести“ | [] Да [] Не [……] [……]  Брой кабинети: ..................., оборудван/и за извършване на медицински преглед от лекар с придобита специалност „Очни болести“ в пълен обем, съгласно изискванията на Възложителя. |
| 2.3. Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет, с обособена съблекалня, за провеждане на медицински преглед на работещите в БНБ от лекар със специалност „Акушерство и гинекология“ | [] Да [] Не [……] [……]  Брой кабинети: ...................., оборудван/и за извършване на медицински преглед от лекар с придобита специалност - „Акушерство и гинекология“ в пълен обем, съгласно изискванията на Възложителя. |
| 2.4. Минимум 1 (eдин) самостоятелен специализиран медицински кабинет, за провеждане на медицински преглед от лекар специалист, притежаващ квалификация в областта на ехографията на млечни жлези на работещите в БНБ.  **Забележка:** В случай че не разполага с отделен и самостоятелен медицински кабинет, участникът следва да посочи, в кой от другите медицински кабинети, в които предлага да се провеждат медицински прегледи ще се проведе ехографията на млечни жлези. | [] Да [] Не [……] [……]  Брой самостоятелни специализирани медицински кабинети: .....................  Не разполагам със самостоятелен медицински кабинет за провеждане на преглед от лекар специалист, притежаващ квалификация в областта на ехографията на коремните органи и предлагам ехографията на млечни жлези да 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. |
| 2.5. Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет, за провеждане на ехография на коремни органи на работещите на БНБ  **Забележка:** В случай че не разполага с отделен и самостоятелен медицински кабинет, участникът следва да посочи, в кой от другите медицински кабинети, в които предлага да се провеждат медицински прегледи, ще се проведе ехографията на коремни органи. | [] Да [] Не [……] [……]  Брой самостоятелни специализирани медицински кабинети: .....................  Не разполагам със самостоятелен специализиран медицински кабинет и предлагам 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. |
| 2.6. Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет за провеждане на медицински преглед на работещите в БНБ от лекар с квалификация в областта на урологията. | [] Да [] Не [……] [……]  Брой кабинети: ..................... оборудван/и за извършване на медицински преглед от лекар с квалификация в областта на урологията в пълен обем, съгласно изискванията на Възложителя. |
| 2.7. Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран/и медицински кабинет/и за провеждане на аудиометрично изследване и разчитане на резултатите от лекар със специалност „Ушно-носно-гърлени болести“. | [] Да [] Не [……] [……]  Брой кабинети: ....................., оборудван/и с необходимата медицинска апаратура за провеждане на изследването. |
| 2.8. Клинична лаборатория с валидна регистрация в компетентен орган и осъществяваща дейност, съгласно изискванията на медицински стандарт „Клинична лаборатория“, утвърден с Наредба № 1 от 31 януари 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Клинична лаборатория“ или еквивалент. | [] Да [] Не [……] [……] |
| 2.9. 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. | [] Да [] Не [……] [……] |

3. Декларирам, че посочените по-горе медицински кабинети, клинична лаборатория и регистратура са на разстояние помежду си на не повече от 10 минути, без ползване на превозни средства.

4. 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 персонал:

|  |  |
| --- | --- |
| **Изисквания към участниците:**  **Всеки участник следва да разполага с:** | **Отговор на участника:** |
| **4.1.** Минимум 1 (един) лекар с придобита специалност „Вътрешни болести“ за провеждане на медицински преглед, включващ: снемане на пълен клиничен статус, електрокардиограма със запис и разчитане, измерване на артериално налягане. | [] Да [] Не [……] [……]  …………………………………………………………  (участникът следва да представи информация, съдържаща трите имена на лицето/лицата, които ще провеждат медицинския преглед и данни за тяхното образование, образователна степен, специалност и допълнителна квалификация) |
| **4.2.** Минимум 1 (eдин) лекар с придобита специалност „Очни болести“, за провеждане на медицински преглед, 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. | [] Да [] Не [……] [……]  …………………………….  (участникът следва да представи информация, съдържаща трите имена на лицето/лицата, които ще провеждат медицинския преглед и данни за тяхното образование, образователна степен, специалност и допълнителна квалификация) |
| **4.3.** Минимум 1 ––(един) лекар с придобита специалност „Акушерство и гинекология“ за провеждане на медицински преглед, включващ: снемане на общ гинекологичен статус, ехография и цитонамазка. | [] Да [] Не [……] [……]  …………………………….  (участникът следва да представи информация, съдържаща трите имена на лицето/лицата, които ще провеждат медицинския преглед и данни за тяхното образование, образователна степен, специалност и допълнителна квалификация) |
| **4.4.** Минимум 1 (един) лекар специалист по образна диагностика или друг лекар, който има квалификация за провеждане на ехография на коремни органи. | [] Да [] Не [……] [……]  …………………………….  (участникът следва да представи информация, съдържаща трите имена на лицето/лицата, които ще провеждат медицинския преглед и данни за тяхното образование, образователна степен, специалност и допълнителна квалификация) |
| **4.5.** Минимум 1 (един) лекар специалист, притежаващ квалификация в областта на ехография на млечни жлези, включващ и ехография на млечни жлези. | [] Да [] Не [……] [……]  …………………………….  (участникът следва да представи информация, съдържаща трите имена на лицето/лицата, които ще провеждат медицинския преглед и данни за тяхното образование, образователна степен, специалност и допълнителна квалификация) |
| **4.6.**  Минимум 1 (един) лекар с квалификация в областта на урологията за провеждане на медицински преглед включващ и ехография на простатната жлеза. | [] Да [] Не [……] [……]  …………………………….  (участникът следва да представи информация, съдържаща трите имена на лицето/лицата, които ще провеждат медицинския преглед и данни за тяхното образование, образователна степен, специалност и допълнителна квалификация) |
| **4.7.** Минимум 1 (един) лекар с придобита специалност „Ушно-носно-гърлени болести“ за провеждане на аудиометрично изследване и разчитане на резултатите | [] Да [] Не [……] [……]  …………………………….  (участникът следва да представи информация, съдържаща трите имена на лицето/лицата, които ще провеждат медицинския преглед и данни за тяхното образование, образователна степен, специалност и допълнителна квалификация) |
| **4.8.** Минимум 2 (двама) клинични лаборанти. | [] Да [] Не [……] [……]  Брой ……….. клинични лаборанти, които ще осигуря 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. |
| **4.9.** Минимум 2 (двама) координатори | [] Да [] Не [……] [……]  Брой ……….. координатори, 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. |

Приложения:

1. ………………………………….

2. ………………………………….

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

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