**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**по чл. 192, ал. 3 във връзка с чл. 195, както и във връзка с чл. 60, ал. 1 и чл. 63, ал. 1, т. 5 и 8** **от Закона за обществените поръчки**

**Раздел I. Обща информация**

**А. Информация за обществена поръчка, провеждана по чл. 20, ал. 3, т. 2 от ЗОП**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Идентифициране на възложителя*** | Българска народна банка |
| ***Наименование на обществената поръчка*** | **„Провеждане на медицински прегледи и изследвания на работещите в БНБ“** |
| ***Наименование на обособената позиция*** | **Обособена позиция № 1 „Медицински прегледи и изследвания на работещите в гр. София“** |
| ***Вид на обществената поръчка*** | Събиране на оферти с обява |

**Б. Информация за стопанския субект**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Наименование на стопанския субект*** |  |
| ***Седалище и адрес на управление*** |  |
| ***ЕИК/БУЛСТАТ*** |  |
| ***Представлявано от*** |  |
| ***Статут на стопанския субект в настоящата обществена поръчка*** | **В настоящата обществена поръчка участвам в качеството на :** /*отбележете с “х”/*  **Участник**;  **Подизпълнител**;  **Трето лице**; |

**В. Информация за деклариращото лице**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Три имена на физическото лице, представляващо участника*** |  |
| Длъжност |  |

В качеството си на представляващ лицето декларирам, че отговарям на поставените критерии за подбор, посочени в документацията за обществената поръчка, които се изразяват в следното:

**Раздел II: Критерии за подбор**

**А: 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 и притежава валидна регистрация в …………………………………………………., от ……………………...................................

1. Декларирам, че клиничната лаборатория ……………………………, предложена от мен за провеждане на медицински изследвания, предмет на обществената поръчка притежава валидна регистрация в съответствие с т. 1 или като отделно лечебно заведение с 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.

**Б: 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 през цялото време медицинските прегледи и изследвания ще се провеждат от лекарите, посочени в Списъка на персонала, който ще изпълнява обществената поръчка по обособена позиция № 1. Провеждането на медицински прегледи и изследвания ще се осъществява от лица, които имат право да упражняват медицинска професия, съгласно изискванията на Закона за здравето и Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (лекари).
3. 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:** |
| --- | --- |
| **3.1.** 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) |
| **3.2.** 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) |
| **3.3.** 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) |
| **3.4.** 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) |
| **3.5.** 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) |
| **3.6.**  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) |
| **3.7.** 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) |
| **3.8.** 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. |
| **3.9.** 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. |

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 следните медицински кабинети:

| **Изисквания към участниците:**  **Всеки участник следва да разполага с:** | **Отговор на участника:** |
| --- | --- |
| **4.1.**  Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет, за провеждане на медицински преглед от лекар с придобита специалност „Вътрешни болести“ в пълен обем. | [] 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. |
| **4.2.** Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет, с обособена съблекалня за провеждане на медицински преглед от лекар с придобита специалност по „Акушерство и гинекология“ в пълен обем. | [] 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. |
| **4.3.** Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет за провеждане на медицински преглед от лекар с придобита специалност „Очни болести“ в пълен обем. | [] 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. |
| **4.4.** Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет за провеждане на медицински преглед от лекар с квалификация в областта на урологията, в пълен обем. | [] 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. |
| **4.5.** Клинична лаборатория с валидна регистрация от компетентен орган и осъществяваща дейност, съгласно изискванията на медицински стандарт „Клинична лаборатория“, утвърден с Наредба № 1 от 31.01.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Клинична лаборатория“ или еквивалент. | [] Да [] Не [……] [……] |
| **4.6.**  Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет за провеждане на ехография на коремни органи, оборудван с необходимата апаратура за провеждане на изследването.  **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. |
| **4.7.** Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет за провеждане на ехография на млечни жлези, оборудван с необходимата апаратура за провеждане на изследването.  **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 млечните жлези 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. |
| * 1. Минимум 1 (един) самостоятелен специализиран медицински кабинет за провеждане на аудиометрично изследване и разчитане на резултатите**. 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 аудиометричното изследване и разчитане на резултатите. | [] 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 аудиометричното изследване и разчитане на резултатите и предлагам аудиометричното изследване и разчитане на резултатите да се проведе в специализиран медицински кабинет по  ........................................................................,  от специалист по  ........................................................................,  като кабинета е оборудван с необходимата медицинска апаратура за провеждане на аудиометричното изследване и разчитане на резултатите. |
| **4.9**. Регистратура в същото лечебното заведение, на територията на което предлага да се провеждат медицинските прегледи и изследвания, като на регистратурата работещите на БНБ да бъдат посрещани, насочвани 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 [……] [……] |

5. Декларирам, чедейностите по „Вътрешни болести“; „Акушерство и гинекология“; „Очни болести“; „Урология“ и „Ушно-носно-гърлени болести“ ще се осъществяват, съгласно нормативните изисквания, като съм наясно че Възложителят има правото, при необходимост да изисква от мен документи, удостоверяващи спазването на нормативните изисквания, в т. ч. регистрация на дейностите от компетентен орган.

6. Декларирам, че в самостоятелните специализирани медицински кабинети и клиничната лаборатория има технически изправна и годна за ползване медицинска апаратура за провеждане на медицинските прегледи и изследвания в изисквания от Възложителя обем.

Задължавам се, при промяна на горепосочените обстоятелства, писмено да уведомя възложителя в 3-дневен срок от настъпването им.

Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни в декларацията.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата на подписване: | ………./ ………….. / ……….….. |
| Подпис и печат: | ...................................................... |
| Име и фамилия на декларатора | ...................................................... |
| Длъжност | ...................................................... |
| Наименование на стопанския субект | ...................................................... |

***Забележка:***

*Настоящата декларация се подава на основание чл. 192, ал. 3 от Закона за обществените поръчки (ЗОП) и съдържа информация относно съответствие с критериите за подбор по чл. 195, във връзка с чл. 60, ал. 1 и чл. 63 , ал. 1, т. 5 и 8 от Закона за обществените поръчки.*

*Съответствието с критериите за подбор, посочени в раздел II се декларират от лицата, които представляват участника. Когато участникът се представлява от повече от едно лице, декларацията за обстоятелствата, се подписва от лицето, което може самостоятелно да го представлява.*

*Декларацията се подава отделно и от подизпълнител и/или трето лице, когато участникът е декларирал използването на такива в офертата.*