

**ДО
ДИРЕКТОРА НА
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ
ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

ОФЕРТА

1. ИДЕНТИФИКАЦИЯ НА УЧАСТНИКА

Настоящата оферта е подадена от

.....
(наименование на лечебното заведение)

ЕИК /БУЛСТАТ:, идентификационен номер по ДДС:

.....,
и подписана от.....
(трите имена и ЕГН)

в качеството му на

.....
(длъжност)

2. АДМИНИСТРАТИВНИ СВЕДЕНИЯ

2.1. Седалище и адрес на управление:

.....
(код, град, община, квартал, улица, бл., ап.)

телефон:e-mail

2.2. Лице за контакти

.....
длъжност:.....
телефон / email.....

2.3. Обслужваща банка

.....

Сметката, по която ще бъде извършено разплащането по договора, ако участникът бъде определен за изпълнител:

IBAN,
банков код – BIC

Титуляр на сметката

.....

УВАЖАЕМА ДОКТОР НЕДЕВА,

Заявявам, че желая да участвам в обявената от Вас процедура за избор на лечебно/и заведение/я, кое/ито да извърши/ат прегледи за злокачествени новообразувания на шийката на матката на здрави жени в област Велико Търново с взимане и изпращане на материал за цитонамазка и последващо интерпретиране на резултата от специалист по „Клинична патология“ с класификация по Папаниколау, във връзка с изпълнение на дейностите за 2024 г. по Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025 г. (НППХНБ), дейност по т. 2.2. „Злокачествени новообразувания на шийката на матката“, т. 2.2.5. „Провеждане на скринингови кампании за злокачествени новообразувания на шийката на матката сред групи от здравото население“, раздел III от Работна програма, Приложение №1, приета с Решение №552/28.07.2021 г. на Министерски съвет, изм. и доп. с Решение №379/31.05.2024 г.

1. Представяването от мен лечебно заведение може да организира и извърши..... */изписва се словом броят на медицинските прегледи/* бр. от лекар със специалност „Акушерство и гинекология“.

2. Предлагам единична цена за преглед */изписва се словом стойността/лв., включваща взимане и изпращане на материал за цитонамазка от лекар със специалност „Акушерство и гинекология“ и последващо интерпретиране на резултата от специалист по „Клинична патология“ с класификация по Папаниколау.*

Всички цени са с включено ДДС.

3. Гарантирам, че представяването от мен лечебно заведение е в състояние да изпълни качествено дейностите.

4. Декларирам, че за определената цена ще бъдат включени всички разходи, свързани с качественото изпълнение на дейностите в описания вид и обхват.

5. В случай, че представяването от мен лечебно заведение бъде избрано за изпълнител, ще изпълни дейностите за определения срок, а именно **до 15.11.2024 г.**

6. Задължавам се, че ако представяването от мен лечебно заведение бъде избрано за изпълнител, да бъде опазена тайната на обстоятелствата, които са станали известни на мен и/или на мои служители във връзка с изпълнението на дейностите.

7. Заявявам, че разполагам с медицински специалисти, в това число лекар/и/, притежаващ/и съответната квалификация за изпълнението на възложените дейности по съответната позиция.

Към настоящата оферта прилагам изисканата от Възложителя Декларация-Списък на медицински специалисти, квалифицирани за извършване на горесцитираните прегледи.

Дата:.....

Заявител:

*/име, фамилия и подпис на упълномощеното лице,
длъжност, наименование на Участника, печат/*

ДЕКЛАРАЦИЯ - СПИСЪК

на лекарите и др. медицински специалисти, които ще бъдат ангажирани в изпълнение на дейностите за 2024 г. по Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025 г. (НППХНБ), дейност по т.2.2. „Злокачествени новообразувания на шийката на матката“, т.2.2.5. „Провеждане на скринингови кампании за злокачествени новообразувания на шийката на матката сред групи от здравото население“, раздел III от Работна програма, Приложение №1, приета с Решение №552/28.07.2021 г. на Министерски съвет, изм. и доп. с Решение №379/31.05.2024 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. Лекари с призната специалност по „Акушерство и гинекология“, др. медицинските специалисти, с които предлагаме да изпълним дейностите в съответствие с изискванията на възложителя, са:

№	Трите имена на лекар, др. медицински специалист	Образование/Квалификация	Професионален опит
1.			
2.			
3.			

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

Дата:.....

Декларатор: