ОБРАЗЕЦ № 1

**ОПИС НА ДОКУМЕНТИТЕ, СЪДЪРЖАЩИ СЕ В ОФЕРТАТА**

**на ............................................................** */име на участника/* **, участник в** публично сътзание по реда на Закона за обществените поръчки, с предмет: „**Избор на застраховател за сключване на задължителна застраховка на лицата, които упражняват медицинска професия в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов” ЕАД “**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Съдържание | Вид на документите  /оригинал или заверено копие/ |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| …. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| Наименование на участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Име и фамилия на представляващия участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Длъжност | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпис и печат | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ОБРАЗЕЦ № 3

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**по чл. 101, ал. 9 и ал. 11 от ЗОП**

Долуподписаният /-ната/ , с ЕГН ,

л.к.№ ........................ издадена на .......................... в

в качеството ми на ................................ на ............................................ (*посочва се фирмата, която представлявате*), с ЕИК …………………, във връзка с участието на дружеството (обединението) в публично сътзание по реда на закона за обществените поръчки, с предмет: „**Избор на застраховател за сключване на задължителна застраховка на лицата, които упражняват медицинска професия в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов” ЕАД “**

**Д Е К Л А Р И Р А М:**

Представляваното от мен дружество:

* не участва в обединение, което е друг участник в настоящата процедура;
* не е давало съгласие да бъде подизпълнител на друг участник в настоящата процедура;
* не е свързано лице с друг участник в настоящата процедура по смисъла на [§ 1, т. 13](apis://Base=NARH&DocCode=4378&ToPar=Par1_Pt13&Type=201/) и [14 от допълнителните разпоредби на Закона за публичното предлагане на ценни книж](apis://Base=NARH&DocCode=4378&ToPar=Par1_Pt14&Type=201/)а.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| Наименование на участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Име и фамилия на представляващия участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Длъжност | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпис и печат | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ОБРАЗЕЦ № 4

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

по чл. 3, т. 8 и чл. 4 от Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици /ЗИФОДРЮПДРСТДС/

Долуподписаният /-ната/ , с ЕГН ,

л.к.№ ........................ издадена на .......................... в

в качеството ми на ................................ на ............................................ (*посочва се фирмата, която представлявате*), с ЕИК …………………, във връзка с участието на дружеството (обединението) в публично сътзание по реда на закона за обществените поръчки, с предмет: „**Избор на застраховател за сключване на задължителна застраховка на лицата, които упражняват медицинска професия в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов” ЕАД “**

**Д Е К Л А Р И Р А М, Ч Е:**

1. Представляваното от мен дружество **е /не** е регистрирано в юрисдикция с

/ненужното се зачертава/

преференциален данъчен режим, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Представляваното от мен дружество **е / не е** свързано с лица, регистрирани в

/ненужното се зачертава/

юрисдикции с преференциален данъчен режим, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Представляваното от мен дружество попада в изключението на **чл. 4, т. \_\_\_\_\_\_**

от Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици.

*Забележка: Тази точка се попълва, ако дружеството е регистрирано в юрисдикция с преференциален данъчен режим или е свързано с лица, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим.*

4. Запознат съм с правомощията на възложителя по чл. 6, ал. 4 от Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| Наименование на участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Име и фамилия на представляващия участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Длъжност | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпис и печат | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ОБРАЗЕЦ № 5

**Списък**

**по чл. 54, ал. 2,3 и чл. 55, ал. 3 от ЗОП, във връзка с чл. 40, ал. 3 от ППЗОП**

Долуподписаният/ната.................. с лична карта № ......................, издадена на .................... от ........................, с ЕГН ..................., в качеството ми на ........................*(представляващ участник юридическо лице, едноличен търговец, обединение по ЗЗД, участник в обединение, което няма правна форма, физическо лице),*представляващ ……………………….*(посочва се участник юридическо лице, едноличен търговец, обединение по ЗЗД, участник в обединение, което няма правна форма, физическо лице)* участник в публично сътзание по реда на закона за обществените поръчки, с предмет: „**Избор на застраховател за сключване на задължителна застраховка на лицата, които упражняват медицинска професия в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов” ЕАД “,**  декларирам следният списък по чл. 54, ал. 2,3 и чл. 55, ал. 3 от ЗОП, във връзка с чл. 40, ал. 3 от ППЗОП:

**1.** Правно-организационната форма, под която осъществяваме дейността си е, както следва: ………………………………………… (посочва се за участника и участниците в обединение)

**1.1.** Правно-организационната форма, под която подизпълнителите……………………. (изброяват се съответните подизпълнители) осъществяват дейността си е, както следва: …………………………………………

**1.2.** Правно-организационната форма, под която третите лица ……………………. (изброяват се съответните трети лица) осъществяват дейността си е, както следва: …………………………………………

**1.3.** Начин на представителство:

* ……………
* …………..

*Забележка: Посочва се начина на представителство, съгласно актуално състояние на участника/ учредителен акт/ устав и др. Информацията се представя за участник, участник в обединение, трето лице, подизпълнител, като текста се копира толкова пъти, колкото е необходимо*

**1.4.** Списък на всички задължени лица по смисъла на чл. 54, ал. 2,3 и чл. 55, ал. 3 от ЗОП:

* ……………
* …………..

**1.5.** Лицата, които представляват участника (съгласно чл. 40, ал. 1, т. 1-12 от ППЗОП и когато участникът е обединение):

* ……………
* …………..

*Изрично се посочва, дали съответното лице може да представлява участника самостоятелно или заедно с друго лице*

**1.6.** Лицата, които са членове на управителни и надзорни органи на участника (съгласно чл. 40, ал. 1, т. 1-12 от ППЗОП):

* ……………
* …………..

**1.7**. Прокуристи:

* ……………
* …………..

*В случаите, когато лицето е чуждестранно лице и има повече от един прокурист, се посочва само прокуриста, в чиято представителна власт е включена територията на Република България.*

**1.8.** Други лица, които имат правомощия да упражняват контрол при вземането на решения и да влияят пряко върху дейността на предприятието по начин, еквивалентен на този, валиден за представляващите го лица, членовете на управителните или надзорните органи и/или които имат правомощия да упражняват контрол при вземане на решения от органите на управление:

* ……………
* …………..

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

Когато участникът е юридическо лице, едноличен търговец или обединение, което не е юридическо лице по Закона за задълженията и договорите (ЗЗД):

Наименование на участник и посочване на правноорганизационна форма ………………………..

Представляващ/и ……………………………….. (име и фамилия)

Подпис/и ………………………………..

Дата ………………………

*\*Декларацията се подписва от представляващия/ ите участник (юридическо лице, едноличен търговец или обединение, което не е юридическо лице по Закона за задълженията и договорите (ЗЗД).*

Упълномощено лице ………………………………. (име и фамилия)

Подпис ………………………………..

Дата ………………………

Когато участникът няма определена правна форма:

Физически лица ……………………….. (изброяват се всички физически лица, които участват в обединението - име и фамилия)

Подпис/и ………………………………….

Представляващ/и ……………………………….. (име и фамилия на представляващия/ ите всяко едно юридическо лице, едноличен търговец или обединение, което не е юридическо лице по ЗЗД, както и посочване нанаименованието и правноорганизационната им форма)

Подпис/и ………………………………..

Дата ………………………

*\*Декларацията се подписва от всяко едно физическо лице и от представляващия/ ите всяко едно юридическо лице, едноличен търговец или обединение, което не е юридическо лице по ЗЗД, които участват в обединението.*

*Упълномощено лице ………………………………. (име и фамилия)*

*Подпис ……………………………….. Дата ………………………*

ОБРАЗЕЦ № 6

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА**

От ………………………….........................................................................................(*наименование на участника*) с ……………………………… *(ЕИК/Булстат/ЕГН, или друга идентифицираща информация в съответствие със законодателството на държавата, в която участникът е установен)*, представлявано от …………………………………….….......................................................................................... *(имената на законния или упълномощен представител), с* ЕГН ..........................., с лична карта № ........................., издадена на ........................ от ..........................................., в качеството му на ……................................….....................................… *(посочва се съответното качество на лицето)*, участник при възлагане на обществена поръчка с предмет: „**Избор на застраховател за сключване на задължителна застраховка на лицата, които упражняват медицинска професия в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов” ЕАД “**

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

Запознати сме с предмета на поръчката и условията, заложени в документацията за участие и ги приемаме без възражения.

**1. Запознати сме, че:**

1.1. Възложителят ще сключи застрахователен договор за задължителна застраховка „Професионална отговорност“ (Застраховка/ Застраховката) от свое име в полза на трето ползващо се лице. В случаите на застрахователно събитие третото ползващо се лице по застрахователния договор ще има право да получи застрахователното обезщетение и всички права по застрахователния договор.

1.2. Застраховката ще покрива отговорността, както на Възложителя като юридическо лице, така и на лицата, представляващи юридическото лице, и на лицата в трудови правоотношения с него.

1.3. Правата и задълженията по Застраховката ще се погасяват с 5-годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователно събитие.

1.4. Застрахователният договор ще покрива отговорността на застрахования за вреди, причинени от него при извършване на територията на Република България на дейността, във връзка с която е сключен договора.

1.5. След сключване на договор ще предоставим застрахователната полица и застрахователния сертификат само на застраховащия, а именно на Възложителя.

1.6. Поемаме определен риск срещу плащане на премия и при настъпване на застрахователно събитие да заплатим застрахователно обезщетение или сума.

1.7. В случаите на застрахователно събитие третото ползващо се лице по застрахователния договор ще получи застрахователното обезщетение или сума и всички права по застрахователния договор.

1.8. В случаите на застрахователно събитие ще покрием в границите на определената в застрахователния договор застрахователна сума отговорността на застрахования за причинените от него на трети лица имуществени и неимуществени вреди, които са пряк и непосредствен резултат от застрахователното събитие, както и за неизпълнението на негово договорно задължение, в това число и пропуснати ползи, които представляват пряк и непосредствен резултат от непозволено увреждане; лихви за забава, когато застрахованият отговаря за тяхното плащане пред увреденото лице при условията на чл. 429, ал. 3 от КЗ. В рамките на застрахователната сума (лимита на отговорност) ще заплатим и разноските, присъдени в полза на увреденото лице по съдебни дела, водени срещу застрахования за установяване на неговата отговорност, когато сме привлечени в процеса.

1.9. Броят на лицата, подлежащи на застраховане, които ще бъдат включени в Застраховката, е на база действащи трудови договори с Възложителя към момента на сключване на застрахователния договор.

1.10. При сключване на Застраховката застрахованите лица няма да бъдат включени поименно.

1.11. При настъпване на застрахователно събитие Възложителя ще ни предостави документ, удостоверяващ наличието на трудов договор със застрахования служител към датата на настъпване на съответното застрахователно събитие.

1.12. Застрахователната премия няма да се променя при нарастване до 10 % на броя на подлежащите на застраховане лица, посочени в 1.9.

1.13. Задължението ни по отношение на новопостъпил служител при възложителя ще започва от 00:00 часа в деня на назначаването на лицето, без заплащане на допълнителна премия, до достигане на посочения брой на застрахованите лица.

1.14. Самоучастие на застраховано лице при настъпване на застрахователно събитие няма да се прилага.

1.15. Запознати сме, че към настоящия момент Възложителят има сключен застрахователен договор със срок на действие до 22.12.2019 г. включително. В случай на определянето ни за изпълнител сме съгласни да сключим договор не по- рано от 23.12.2019 г., като същият ще бъде със срок на действие 12 месеца, считано от 00:00 часа на уговорената дата за сключване на договор.

1.17. В случай че застрахователният договор се сключи след 23.12.2019 г. сме съгласни застраховката да е с ретроактивно покритие. В този случай застрахователният договор ще е с покритие за периода преди датата на сключване на договора, а именно считано от 00:00 часа на 23.12.2019 г.

1.18. Договорът за застраховане няма да съдържа клаузи за:

а) самоучастие на застрахования;

б) подлимити на отговорност;

в) дозастраховане след изплащане на застрахователно обезщетение, независимо от неговия размер.

**2. Предлагаме:**

2.1.Застрахователната сума на застрахователно събитие ще е съгласно Приложение № 2 към чл. 10, ал. 2 към НАРЕДБА ЗА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗАСТРАХОВАНЕ НА ЛИЦАТА, УПРАЖНЯВАЩИ МЕДИЦИНСКА ПРОФЕСИЯ *Приета с ПМС № 208 от 25.09.2018 г. Обн. ДВ. бр.80 от 28 Септември 2018г. Ругелираща* Минимални годишни застрахователни суми (в лв.) за едно лице, упражняващо медицинска професия, за едно събитие и минимален агрегиран лимит на отговорност за едно лице за всички събития за една година, в зависимост от вида на упражняваната дейност и рисковата група;

2.3. Срок на изплащане на обезщетение:

........... работни дни (*...............................................с* д*уми*....................................................) след представяне на необходимите документи.

**3.** В съответствие с изискванията на възложителя, прилагаме следното подробно описание на всички покрити рискове и изключенията по Застраховката:

3.1. Застраховката покрива/ включва: .............................................................................................................

3.2. Застраховката не покрива/ не включва: ...................................................................................................

**4.** Прилагаме общи условия по Застраховката, съдържащи ................ страници ( ...........................

*с думи*.................................................).

Съгласяваме се че, при разлики/непълноти между Общите условия и настоящото предложение, оферираните от нас по-горе условия ще се считат за предвидени особени условия за изпълнение на поръчката. В случай, че бъдем избрани за изпълнител на обществената поръчка, застрахователният договор ще съчетава възприетите общи условия и уговорените особени такива, като при несъответствие между тях ще се предпочитат особените условия .

**Декларирам:**

* Съгласен съм с клаузите на приложения проект на договор за изпълнение на настоящата обществена поръчка.
* Срокът на валидността на офертата е ……………………….. месеца /***не по-кратък от 6 месеца/*** от крайния срок за подаване на офертите, посочен в обявлението за обществената поръчка и ще остане обвързваща за нас, като може да бъде приета по всяко време преди изтичане на този срок.

**Известна ми е отговорността по чл. 313 от НК за посочване на неверни данни.**

........................ ..........................................

дата / ............................................................................................/

*Име и фамилия - Подпис на лицето (и печат)*

ОБРАЗЕЦ № 7

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**по чл. 47, ал. 3 от Закона за обществените поръчки**

Долуподписаният/-ната/ .......................................................................................................

в качеството ми на .................................................................... (посочва се длъжността и качеството, в което лицето има право да представлява и управлява – напр. изпълнителен директор, управител или др.) на ………………………………. (посочва се наименованието на участника), с ЕИК …………………………………, със седалище и адрес на управление: .............................................................................................................................................................,

участник в процедура с предмет: „**Избор на застраховател за сключване на задължителна застраховка на лицата, които упражняват медицинска професия в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов” ЕАД “**

**Д Е К Л А Р И Р А М, че:**

При изготвяне на офертата са спазени задълженията, свързани с данъци и осигуровки, опазване на околната среда, закрила на заетостта и условията на труд, които са в сила в страната.

Известно ми е, че за неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| Наименование на участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Име и фамилия на представляващия участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Длъжност | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпис и печат | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ОБРАЗЕЦ № 8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ**  От …………………………..................................................................................................... (*наименование на участника*) с ……………………………… *(ЕИК/Булстат/ЕГН, или друга идентифицираща информация в съответствие със законодателството на държавата, в която участникът е установен)*, представлявано от …………………………………….….......................................................................................... *(имената на законния или упълномощен представител), с* ЕГН ..........................., с лична карта № ........................., издадена на ........................ от ..........................................., в качеството му на ……................................….....................................… *(посочва се съответното качество на лицето)*, участник в при възлагане на обществена поръчка с предмет: „**Избор на застраховател за сключване на задължителна застраховка на лицата, които упражняват медицинска професия в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов” ЕАД “,**  **УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**  **1.** Предложената от нас цена за изпълнение на предмета на поръчката, е:  ........................ лв. (...........................................................*с думи*.....................................................................)  **2.** В цената по т. 1 са включени:  **2.1.** Застрахователна премия  ........................ лв. (...........................................................*с думи*.....................................................................)  **2.2.** Данък две на сто върху застрахователната премия, съгласно Закон за данък върху застрахователните премии (ЗДЗП):  ........................ лв. (...........................................................*с думи*.....................................................................)  *\* Участникът следва да оферира цена с точност до втори знак след десетичната запетая.*  **3.** В Цената по т. 1 са включени всички разходи за изпълнение на поръчката, като възложителят не дължи заплащането на каквито и да е други разноски, направени от нас.  **4.** Цената, посочена в т. 1, е крайна за времето на изпълнение на поръчката и не подлежи на промяна, освен в случаите, описани в ЗОП и настоящата документация  **5.** В случай на определянето ни за изпълнител на договор, изразяваме съгласието си, плащането по договора да се извършва по банков път, разсрочено на 4 равни вноски. Приемаме всяка вноска да е платима в срок до 5 работни дни след представянето от наша страна на оригинал на застрахователна полица за дължимия тримесечен период.  **6.** Банкова сметка за превеждане на суми:  .............................................................................................................................................................................  **7.** Други предложения:  ............................................................................................................................................................................  ........................./....................................................................................................../...........................................  дата Име и фамилия  ОБРАЗЕЦ № 9  **Д Е К Л А Р А Ц И Я**  за съгласие за обработване на личните данни във връзка с чл.5 от Закона за защита на личните данни  Долуподписаният /-ната/ , с ЕГН ,  л.к.№ ........................ издадена на .......................... в  в качеството ми на ................................ на ............................................ (*посочва се фирмата, която представлявате*), с ЕИК …………………, във връзка с участието на дружеството (обединението) в открита процедура по реда на закона за обществените поръчки, с предмет: „**Избор на застраховател за сключване на задължителна застраховка на лицата, които упражняват медицинска професия в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов” ЕАД “**  **Д Е К Л А Р И Р А М**  На основание чл.5, ал.2 от Закона за защита на личните данни давам съгласието си/не давам съгласието си *(ненужното се зачертава)* на „УМБАЛСМ Н.И.ПИРОГОВ” ЕАД да обработва и администрира предоставените от мен лични данни във връзка с провеждането на обществената поръчка с предмет:„**Избор на застраховател за сключване на задължителна застраховка на лицата, които упражняват медицинска професия в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов” ЕАД “**   |  |  | | --- | --- | | Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ | | Наименование на участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Име и фамилия на представляващия участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Длъжност | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Подпис и печат | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |