***ПРИЛОЖЕНИЕ № 2***

 **ДО**

 **Софийска градска прокуратура**

 **гр. София, бул. „Витоша“ № 2**

**ТЕХНИЧЕСКО ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

**от:…………………………………………………………………………………………**

 **/**наименование на участника/

със седалище и адрес на управление:

гр.………………………………………………………………………………… ул.…………………............................…….................................№…………….,

тел………….……, факс………………………………; e-mail: .……………… ЕИК………………….

Представляващ участника: ……………………………………………………………………………………

*/име,презиме,фамилия/*

Длъжност: ………………………………………………………………………………………..

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

Във връзка с публикувана обществена поръчка чрез събиране на оферти с обява по реда на глава двадесет и шеста от ЗОП, с предмет: „**Извършване на очни прегледи“ на магистрати и служители в Софийска градска прокуратура** и след като се запознахме с изискванията за участие на Възложителят, в качеството си на кандидат за Изпълнител сме съгласни да изпълним поръчката при следните условия:

В състояние сме и приемем и извършим очните прегледи, включени в предмета на поръчката в съответствие с Техническата спецификация.

**З А Я В Я В А М Е:**

С настоящето декларираме:

Приемаме изцяло, без резерви или ограничения, в тяхната цялост условията на възложителя.

Срокът за изпълнение на услугата е ………… (не по-късно от ……...2019г.) календарни дни/, считано от датата на сключването на договора.

Мястото на изпълнение: …………………...……………………………

В случай че представляваното от мен дружество бъде избрано за изпълнител се задължаваме:

1. Ще проведем профилактични очни прегледи на всички магистрати и съдебни служители на СГП, съобразно поименен списък на Възложителя, в рамките на посочените срокове и съобразно условията на Възложителя.

2. Ще извършим прегледите, предмет на настоящата обществена поръчка професионално, запазвайки конфиденциалност и хигиена на обслужването.

3. Ще изпълним следния профилактичен медицински преглед:

|  |  |
| --- | --- |
| **Медицински преглед:** | **Лица** |
| Преглед от офталмолог и оценка на зрението: определяне на зрителна острота и рефракционен статус и определяне на диоптри; измерване на вътреочно налягане; безконтактно измерване на роговичната дебелина; цветоусещане; издаване на рецепти (при необходимост) | **282** |

|  |
| --- |
| Дата:………………. |
| Имена:………………………… |
| Качество, в което лицето подписва предложението:………………………………………. |