**ОБРАЗЕЦ № 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование на участника: |  |
| Седалище и адрес на управление по регистрация: |  |
| ЕИК: |  |
| Точен адрес за кореспонденция: |  |
| Телефонен номер: |  |
| Факс номер: |  |
| Лице за контакти: |  |
| e- mail: |  |

до „МБАЛ - Хасково” АД

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА**

 В СЪОТВЕТСТВИЕ С ТЕХНИЧЕСКАТА СПЕЦИФИКАЦИЯ И ИЗСКВАНИЯТА НА ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ

за участие в открита процедура

за избор на изпълнител на обществена поръчка, с предмет:

***“ЕЖЕДНЕВНА СТЕРИЛИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКИ ИНСТРУМЕНТАРИУМ И КОНСУМАТИВИ ЗА НУЖДИТЕ НА “МБАЛ – ХАСКОВО” АД”***

 УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

С настоящото, представяме нашето предложение за изпълнение на обществената поръчка по обявената от Вас процедура с горепосочения предмет, съобразено с *Техническата спецификация:*

1.Приемаме ежедневно да извършваме услугата по парова и плазмена стерилизация на медицински инструментариум и консумативи по видове и количества, при спазване на съществуващите нормативни хигиенни норми и изисквания за стерилизацията в медицинската практика, съобразени с утвърдените медицински стандарти по профилактика и контрол на вътреболничните инфекции.

2. Стерилизацията на медицинските барабани ще извършваме ***ежедневно по график:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Предаване на нестерилните барабани** | **Връщане на стерилните барабани,****в рамките на същия работен ден** |
| 7:30 ч. – 8:30 ч. | 12:30 ч. – 13:30 ч. |
| 10:30 ч. – 11:30 ч. | 15:30 ч. – 16:30 ч. |

3.Приемането и предаването за стерилизация, ще извършваме срещу подпис (и от двете страни) в ***Дневник*** с описани по видове и количества барабани.

4.***Транспортирането*** на медицинските барабани – обект на настоящата обществена поръчка, ще извършваме със собствен транспорт и за наша сметка. Tранспортните средства имат обособен чист и мръсен сектор, използват се само за тази цел и задължително се дезинфекцират ежедневно.

5.От 1-во (първо) до 5-то (пето) число на всеки месец, ще изготвяме и представяме на Възложителя ***месечен протокол*** (отчет) за количествата стерилизирани медицински барабани по видове и отделения на „МБАЛ-Хасково” АД за предходния месец.

6. **Прилагаме заверени копия на:**

* ***Санитарно становище***, удостоверяващо извършването на дейностите по стерилизация, издадено от РЗИ (*издадено на името на участника,* ***удостоверяващо извършването на дейностите по стерилизация на медицински инструментариум и консумативи за нуждите на лечебните заведения по смисъла на ЗЛЗ).***
* ***Протоколи от РЗИ*** - *заверени копия*, за извършешени **последни две проверки** на противоепидемичния режим на работа в стерилизационната на участика.

*Гарантираме, че сме в състояние да изпълним качествено поръчката в пълно съответствие с изискванията на Възложителя и оферираните от Нас условия.*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | ............................/ ............................/ ............................ |
| Име и фамилия | .......................................................................................... |
| Подпис на лицето (и печат) | ........................................................................................... |