**ДОДАТОК  2**

*до тендерної документації*

**Інформація про необхідні технічні, якісні та кількісні характеристики предмета закупівлі — технічні вимоги до предмета закупівлі**

Замовник самостійно визначає необхідні технічні характеристики предмета закупівлі з огляду на специфіку предмета закупівлі, керуючись принципами здійснення закупівель та з дотриманням законодавства.

У місцях, де технічна специфікація містить посилання на стандартні характеристики, технічні регламенти та умови, вимоги, умовні позначення та термінологію, пов’язані з товарами, роботами чи послугами, що закуповуються, передбачені існуючими міжнародними, європейськими стандартами, іншими спільними технічними європейськими нормами, іншими технічними еталонними системами, визнаними європейськими органами зі стандартизації або національними стандартами, нормами та правилами, біля кожного такого посилання вважати вираз «або еквівалент». Таким чином, вважається, що до кожного посилання додається вираз «або еквівалент».

**Предмет закупівлі**

**Послуги з проведення медичного огляду працівників закладів освіти Золочівської міської ради Золочівського району Львівської області** **за ДК 021:2015 – 85110000-3-послуги лікувальних закладів та супутні послуги**

*Форма „Тендерна пропозиція” подається у вигляді, наведеному нижче.*

**ФОРМА: "ТЕНДЕРНА ПРОПОЗИЦІЯ"**

**(форма, яка подається Учасником на фірмовому бланку (в разі його наявності))**

Ми, *(найменування Учасника)*, надаємо свою тендерну пропозицію щодо участі у відкритих торгах на закупівлю з предметом закупівлі **Послуги з проведення медичного огляду працівників закладів освіти Золочівської міської ради Золочівського району Львівської області** **за ДК 021:2015 – 85110000-3-послуги лікувальних закладів та супутні послуги**

1. Повне найменування Учасника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Адреса (юридична та фактична) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Телефон / факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Керівництво (прізвище, ім’я, по батькові) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Код ЄДРПОУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **Назва послуги** | **Кількість послуг**  **(людей)** | **Ціна**  **за одиницю**  **з ПДВ\*** | **Загальна вартість з ПДВ\*** |
| 1. | Профілактичний медичний огляд декретованих контингентів населення | 1650 |  |  |
| 2. | Медичний огляд водіїв транспортних засобів | 20 |  |  |
| **3** | Психіатричний огляд на предмет вживання психоактивних речовин згідно наказу №651 від 18.04.2022 року | 100 |  |  |
| **4** | Аналізи на ентеробіоз, яйця глистів | 1350 |  |  |
| **ВСЬОГО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_з/без ПДВ.** | | | | |

***Проведення медичного огляду працівників включає в себе огляд лікарями-спеціалістами, лабораторні та функціональні дослідження згідно Таблиці 2.***

***Загальна вартість тендерної пропозиції становить (з ПДВ\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_гривень \_\_\_\_\_\_\_\_ копійок (сума прописом), у тому числі ПДВ\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_гривень \_\_\_\_\_\_\_\_\_копійок.***

1. У разі визнання нас переможцем торгів, ми візьмемо на себе зобов'язання виконати усі умови, передбачені Договором.

2. Ми погоджуємося дотримуватися умов цієї тендерної пропозиції протягом 120 днів з дати розкриття тендерних пропозицій. Наша тендерна пропозиція буде обов'язковою для нас і може бути визнана Вами переможцем торгів у будь-який час до закінчення зазначеного терміну.

3. Цим підписом засвідчуємо свою безумовну згоду з усіма положеннями тендерної документації (у тому числі щодо відповідності їх чинному законодавству) та погоджуємося на виконання всіх умов та вимог, передбачених цією документацією.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (посада керівника) | (П.І.Б.) | (підпис), М. П.\* |

Примітка:

\*Вимога щодо відбитка печатки не стосується учасників, які здійснюють діяльність без печатки згідно з чинним законодавством (для учасників-юридичних осіб - які здійснюють діяльність без використання печатки відповідно до установчих документів).

**\*\*** Загальна ціна має враховувати всі затрати учасника (постачальника) на транспортування, страхування, навантаження, розвантаження, сплату податків і зборів (обов’язкових платежів) тощо. ***У разі якщо Учасника не зареєстровано платником податку на додану вартість, Учасником зазначається ця обставина з посиланням на відповідні положення податкового законодавства***

**Умови надання послуги:**

1. Послуги повинні бути надані на території Золочівської міської територіальної громади, зареєстрованого належним чином згідно діючої ліцензії як місце провадження медичної практики Учасника.
2. При наданні послуг використовувати дозволені до застосування на території України препарати (засоби), придбані за рахунок **Учасника** *(медична книжка, форми бланків, витрати на медикаменти, ємності для забору аналізів, та інше).*
3. Проведення медичного огляду працівників включає в себе огляд спеціалістами, лабораторні та функціональні дослідження з оформленням таких документів:

* план–графік проведення періодичних оглядів працівників з додатком (*список працівників затверджені Замовником для Виконавця)* з зазначенням в них строків;
* картка працівника, який підлягає (періодичному) медичному огляду, за формою згідно додатку 7 Наказу МОЗ № 280 з занесеними в неї результатами періодичного медичного огляду з висновком про стан здоров’я;
* заключний акт за результатами періодичного медичного огляду обов’язково заносяться до особистих медичних книжок встановленого зразка;
* після закінчення медогляду у разі відсутності протипоказань для зайняття відповідним видом діяльності заклад охорони здоров'я ставить відмітку про допущення працівника закладу освіти до роботи в Особисту медичну книжку.

1. Період надання послуг: до 31 грудня 2024 року.

**Таблиця 2**

**Перелік обстежень лікарів спеціалістів, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов’язкових медичних оглядів працівників закладів освіти (наказ МОЗ України від 23.07.2002 № 280, постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2001 № 559)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **Обов’язковий профілактичний медичний огляд декретованих контингентів населення включає :** |
| 1.2 | Обстеження лікаря – терапевта |
| 1.3 | Обстеження лікаря - дерматовенеролога |
| 1.4 | Обстеження лікаря - отоларинголога |
| 1.5 | Обстеження лікаря - стоматолога |
| 1.6 | Обстеження лікаря -гінеколога |
| 1.7 | Обстеження лікаря - рентгенолога |
| 1.8 | Обстеження лікаря - психіатра |
| 1.9 | Аналіз крові на RW (Вассермана) |
| 1.10 | Мазок на гонорею і трихомонади |
| 1.11 | Дослідження на гельмінти |
| 1.12 | Рентгенографія ОГК |
| 2 | **Медичний огляд водіїв транспортних засобів включає:** |
| 2.1 | Обстеження лікаря - терапевта |
| 2.2 | Обстеження лікаря -невропатолога |
| 2.3 | Обстеження лікаря -офтальмолога |
| 2.4 | Обстеження лікаря - хірурга |
| 2.5 | Аналізи крові на цукор |
| 2.6 | Загальний аналіз сечі |
| 2.7 | Аналіз група крові , резус фактор |
| 2.8 | Загальний аналіз крові |
| 2.9 | ЕКГ з розшифровкою |
| 3 | **Обов’язковий психіатричний огляд на предмет вживання психоактивних речовин згідно наказу №651 від 18.04.2022 року** |
| 3.1 | Обстеження лікаря -психіатр |
| 3.2 | Аналізи на ГГТ |
| 3.3 | Аналізи на наркотики |
| 4 | **Аналізи на ентеробіоз, яйця глистів** |
| 4.1 | Медичний огляд лікаря – біолога, аналіз |

*Посада, прізвище, ініціали, власноручний підпис уповноваженої особи Учасника, завірені печаткою (за наявності)*