***Додаток 1 до Оголошення про***

***проведення спрощеної закупівлі***

**"ПРОПОЗИЦІЯ"**

*(зразок, який подається Учасником на фірмовому бланку)*

Ми, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- (назва Учасника), надаємо свою пропозицію щодо участі у спрощеній закупівлі ДК 021:2015 код 85110000-3 Послуги лікувальних закладів та супутні послуги

**Послуг по проведенню періодичного медичного огляду особового складу Замовника з отриманням сертифікатів від психіатра, нарколога та медичної довідки для водіїв**

Уважно вивчивши умови щодо закупівлі, на виконання зазначеного вище, ми, уповноважені на підписання Договору, маємо можливість та всі необхідні пакети документів, сертифікатів та гарантій, погоджуємося виконати вимоги Замовника та Договору на умовах, зазначених у пропозиції за наступними цінами, або за меншими цінами, що будуть виведені за результатом аукціону:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **Найменування послуги** | **Одиниця виміру** | **Кількість** | **Ціна без ПДВ,** **(грн.)** | **Загальна вартість без ПДВ, (грн.)** |
|  | **Лабораторні дослідження:** |  |  |  |  |
| 1 | Загальний аналіз сечі | послуга | 162 |  |  |
| 2 | Загальний аналіз крові | послуга | 162 |  |  |
|  | **Діагностичні обстеження:** |  |  |   |  |
| 3 | Медичний огляд лікарем-терапевтом | послуга | 162 |  |  |
| 4 | Медичний огляд лікарем-невропатологом | послуга | 162 |  |  |
| 5 | Медичний огляд лікарем-офтальмологом  | послуга | 162 |  |  |
| 6 | Медичний огляд лікарем отоларингологом | послуга | 162 |  |  |
| 7 | Медичний огляд лікарем-хірургом | послуга | 162 |  |  |
| 8 | Медичний огляд лікарем-дерматовенерологом | послуга | 162 |  |  |
| 9 | Медичний огляд лікарем-гінекологом | послуга | 21 |  |  |
| 10 | Висновок лікаря-профпатолога | послуга | 162 |  |  |
| 11 | Електрокардіографія (ЕКГ) | послуга | 162 |  |  |
| 12 | Сертифікат нарколога з консультацією лікаря (форма 140/о) | послуга | 162 |  |  |
| 13 | Сертифікат психіатра з консультацією лікаря (форма 140/о) | послуга | 162 |  |  |
| 14 | Медичний огляд для водіїв (форма 083/о) | послуга | 48 |  |  |

***\* - Учаснику необхідно врахувати ПДВ (у разі, якщо учасник є платником податку на додану вартість)*** ***та усі необхідні податки, збори та платежі, що мають бути сплачені учасником, а також витрати на виїзд фахівців до місця, визначеного Замовником.***

Цифрами: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ з ПДВ

Прописом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Повністю ознайомившись та погоджуючись з умовами даної закупівлі надаємо Вам необхідні документи для участі.
2. Ми погоджуємося з умовами, що Ви можете відхилити нашу чи всі пропозиції та розуміємо, що Ви не обмежені у прийнятті будь-якої іншої пропозиції з більш вигідними для Вас умовами.
3. Своїм підписом підтверджую достовірність інформації, наданої у складі пропозиції та погоджуюсь укласти з Вами договір згідно з вимогами чинного законодавства України та виконувати всі викладені у ньому умови.

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