**Додаток № 5 до тендерної документації**

*Форма «Тендерна пропозиція»*

 *подається у вигляді наведеному нижче.*

*Учасник не повинен відступати від даної форми*

*(зміна тексту не допускається)*

**ФОРМА : "ТЕНДЕРНА ПРОПОЗИЦІЯ "**

**на участь у електронних торгах на закупівлю**

***«Послуги з проведення періодичних медичних оглядів працівників закладів освіти Металургійного району»***

***ДК 021:2015: 85110000-3 – Послуги лікувальних закладів та супутні послуги***

1. Найменування учасника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Ідентифікаційний код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Місцезнаходження/проживання/реєстрації учасника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Телефон/факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Банківські реквізити для розрахунків \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ми, (назва Учасника), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ надаємо тендерну пропозицію щодо участі у відкритих торгах на закупівлю предмету закупівлі згідно з технічними та іншими вимогами Замовника.

Вивчивши тендерну документацію та вимоги технічної специфікації, ми, уповноважені на підписання Договору про закупівлю, маємо можливість та погоджуємося виконати вимоги Замовника та Договору про закупівлю на загальну очікувану суму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(сума зазначається цифрами та словами)*

у тому числі ПДВ\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Найменування медичного спеціаліста/ медичного дослідження | Одиниця виміру | Кількість оглядів | Ціна за од., грн. (заповнюється учасником), з/ без ПДВ\* | Загальна вартість, грн. (заповнюється учасником), з/ без ПДВ\* |
| 1 | Огляд лікарем - терапевтом | од.  | 2191 |  |  |
| 2 | Огляд лікарем - дерматовенерологом | од.  | 2191 |  |  |
| 3 | Огляд лікарем - стоматологом | од.  | 178 |  |  |
| 4 | Огляд лікарем - отоларингологом | од.  | 1125 |  |  |
| 5 | Флюорографія | од.  | 1651 |  |  |
| 6 | Дослідження крові на сифіліс, | од.  |  |  |  |
| 7 | Дослідження мазків на гонорею | од.  | 2064 |  |  |
| 8 | Дослідження на носійство кишкових інфекцій | од.  | 1651 |  |  |
| 9 | Дослідження на гельмінтоз | од.  | 1651 |  |  |
| Загальна вартість пропозиції, грн., без ПДВ |  |
| ПДВ, грн.(якщо Постачальник є платником ПДВ) \* |  |
| Загальна вартість пропозиції, грн., з ПДВ\*\* |  |

*\* для платників ПДВ*

*\*\* У разі надання пропозицій Постачальником — не платником ПДВ, такі пропозиції надаються без врахування ПДВ, графа “ПДВ” не заповнюється, а у графі “Загальна вартість пропозиції” зазначається Постачальником “Загальна вартість пропозиції, без ПДВ”.*

Зазначеним нижче підписом ми підтверджуємо повну, безумовну і беззаперечну згоду з усіма умовами проведення процедури закупівлі, визначеними в тендерній документації.

З істотними умовами, які будуть включені до договору про закупівлю ознайомлені та згодні. Ми погоджуємося з умовами, що Ви можете відхилити нашу чи всі тендерні пропозиції згідно з умовами тендерної документації.

Якщо буде прийняте рішення про намір укласти договір, ми зобов'язуємося підписати Договір із Замовником не раніше ніж через 10 днів з дня оприлюднення на веб-порталі Уповноваженого органу повідомлення про намір укласти договір про закупівлю, але не пізніше ніж через 20 днів з дня прийняття рішення про намір укласти договір про закупівлю.

*Уповноважена особа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(підпис) М.П. (ініціали та прізвище) (посада)*

*«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024*