**ЧАСТ II.**

**ОБРАЗЦИ НА ДОКУМЕНТИ ЗА УЧАСТИЕ В ПРОЦЕДУРАТА**

 **ОБРАЗЕЦ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА УЧАСТИЕ ПО ОБЩЕСТВЕНА ПОРЪЧКА С ПРЕДМЕТ:**

***"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена/и позиция/и: ………………………………..…...***

**Долуподписаният: …………………………………………………………..…………..**

***(трите имена)***

**в качеството си на …………………………………………………….…………………**

***(длъжност)***

**на …………………………………………..………………………………………………**

***(наименование на участника)***

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

С настоящото Ви заявявам желание за участие в обявената от Вас процедура за възлагане на обществената поръчка.

**Съдържание:**

**1. е**ЕЕДОП за участника в съответствие с изискванията на закона и условията на възложителя, а когато е приложимо – еЕЕДОП за всеки от участниците в обединението, което не е юридическо лице, за всеки подизпълнител и за всяко лице, чиито ресурси ще бъдат ангажирани в изпълнението на поръчката.

**2.** Документи за доказване на предприетите мерки за надеждност, когато е приложимо;

**3.** Копие от документ, от който да е видно правното основание за създаване на обединението;

**4.** Задължените лица по смисъла на чл. 54, ал. 2 и чл. 55, ал. 3 от ЗОП, на представляваното от мен/ нас дружество независимо от наименованието на органите, в които участват, или длъжностите, които заемат са следните:

~~…………………………………………………………………………………………~~

~~…………………………………………………………………………………………~~

~~……………………………..…………………………………………………………..~~

ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*OБРАЗЕЦ*

***ТЕХНИЧЕСКО ПРЕДЛОЖЕНИЕ***

***по обществена поръчка с предмет: "Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена позиция: ………………………....…...***

Настоящото техническо предложение e подадено от: ..…………………………………................

 */наименование на участника/*

и подписано от: …………………………………………………………………………………..……

*/три имена/*

в качеството му/им на: ………………………………………………………………………………...

 */длъжност/*

***Съдържание:***

Документ за упълномощаване, когато лицето, което подава офертата, не е законният представител на участника;

Предложение за изпълнение на поръчката в съответствие с техническите спецификации и изискванията на възложителя;

Декларация за съгласие с клаузите на приложения проект на договор;

Декларация за срока на валидност на офертата;

Заверено от участника копие на оторизационно писмо придружено с превод на български език (в приложимите случаи), издадено от производителя на съответното медицинско оборудване/медицинска апаратура или от упълномощен представител на производителя за право на представителство и търговия, на името на участника, в случай че участникът не е производител;

Придружено с превод на български език и заверено от участника копие на ЕС сертификат за съответствие с Директива 93/42/ЕЕС, издаден от нотифициран орган за медицинските изделия по обособена позиция № 2 *(приложимо за обособена позиция № 2, всички номенклатури)*;

Придружено с превод на български език и заверено от участника копие на декларация за съответствие с Директива 93/42/ЕЕС, издадена от производителя/ите на медицински изделия (медицинско оборудване и медицинска апаратура) или упълномощен/и негов/и/техни представител/и;

Оригинали или заверени копия, придружени с превод на български език (в приложимите случаи) на официални документи, описания и/или официални каталози на производителя/ите на медицинското оборудване и медицинската апаратура.

 Други документи

ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ОБРАЗЕЦ***

 **ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА**

***"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена позиция: ………………………....…...***

Настоящето техническо предложение e подадено от: ........................................................................

*/наименование на участника/*

и подписано от: ………………………………………………………………………………………

*/три имена/*

в качеството му/им на: ……………………………………………………………………………...

 */длъжност/*

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

 С настоящото, Ви представяме нашето техническо предложение за изпълнение на обявената от Вас процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: *"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020"*

Предложението е по обособена позиция № …… с предмет …………………………

Декларираме, че предлаганите от нас медицинското оборудване/медицинската апаратура ще бъдат фабрично нови, произведени не по-рано от 2019 г., не са ползвани за демонстрационни цели, не са рециклирани, не са демо оборудване/апаратура.

Декларираме, че всички части на устройствата предлагани от нас ще бъдат нови, без дефекти, като същите не са използвани за демонстрационни цели.

Декларираме, че предлаганите от нас медицинското оборудване/медицинската апаратура съответстват или са по-добри от посочените в техническата спецификация на възложителя, а именно:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Технически спецификации / Изисквания** | **Количество** | **Предложение на участника**подробни технически характеристики и параметри за предлаганите: медицинско оборудване и медицинска апаратура, съответния производител, модел, както и в кой официален документ на съответния производител и страница /в приложимите случаи/, може да се открие посоченото от участника съответствие. |
| **Обособена позиция № 1 Медицинско оборудване от недиагностичен тип** | **брой** |  |
| * 1. **Лампа прегледна (≥ 120 000 Lx)**
* LED лампа, прегледна на статив, с мин. 4 колела, с чупещо се рамо;
* Осветеност (Ec) на 1 м. разстояние: ≥ 120 000 Lx;
* Диаметър на светлинно петно: ≥ 22 см, при 1 м. разстояние;
* Дълбочина на осветеност L1+L2 при 20%: ≥ 110 см;
* Дълбочина на осветеност L1+L2 при 60%: ≥ 60 см;
* Цветна температура: ≥ 4 300 К;
* Лъчиста енергия: ≤ 3,9 (mW/ m².lx);
* Индекс на цветопредаване: (CRI) ≥ 95;
* Продължителност на живот на светодиодите: ≥ 60 000 ч.;
* Индекс на защита от проникване на прах и течности на осветителното тяло ≥ IP44;
* Автоматична система, компенсираща спада в интензитета на осветеност при продължителна работа на LED осветлението.
 | 331 |  |
| * 1. **Лампа прегледна (≥ 60 000 Lx)**
* LED лампа, прегледна на статив, с мин. 4 колела, с чупещо се рамо;
* Осветеността на 1 м. разстояние да е ≥ 60 000 Lx;
* Диаметър на светлинно петно: ≥ 22 см., при 1 м. разстояние;
* Продължителността на живот на светодиодите да е ≥ 60 000 ч;
* Цветна температура: ≥ 4 300 К;
* Лъчиста енергия: ≤ 3,9 (mW/ m².lx);
* Индекс на цветопредаване: (CRI) ≥ 95;
* Дълбочина на осветеност L1+L2 при 20%: ≥ 180 см;
* Дълбочина на осветеност L1+L2 при 60%: ≥ 120 см;
* Индекс на защита от проникване на прах и течности на осветителното тяло ≥ IP44;
* Автоматична система, компенсираща спада в интензитета на осветеност при продължителна работа на LED осветлението.
 | 155 |  |
| * 1. **Лампа бактерицидна**
* Мобилна основа на колела позволяваща лесно преместване на лампата;
* Изделието да бъде защитено от прах и вода и да отговаря на стандарт IP55 CLASS II;
* Облъчването да се извършва чрез 2 бр. открити бактерицидни лампи (253.7 нанометра) с мощност не по малка от 2х75 W;
* Управлението на бактерицидната лампа да се извършва чрез електронен баласт;
* Третираният обем на помещението (при 99% редукция на гъбички, спори, бактерии и вируси) да бъде не по-малък от 65 кубически метра;
* Третираната площ на помещението (при 99% редукция на гъбички, спори, бактерии и вируси) да бъде не по-малък от 25 квадратни метра;
* Да притежава протектор (решетка) от материал устойчив на корозия и висока емисия на UVC лъчи;
* Таймер за настройване времето за облъчване;
* Таймер за настройване на времето за закъснение на включване на лампата.
 | 238 |  |
| * 1. **Кушетка медицинска за диагностика**
* Двусекционна медицинска кушетка, неподвижна;
* Да има настройваща се секция за глава, с помощта на газов амортисьор;
* С размери: (Д/Ш/В) 1900/600/735 мм (± 30 мм);
* Основата на кушетката да е с размери: (Д/Ш) 1860/560 мм (± 30 мм);
* Тапицерия от изкуствена кожа;
* Цялостна конструкция изградена от метални профили.
 | 588 |  |
| * 1. **Стретчер с вертикално повдигане**
* Да има хидравлично контролирано регулиране на височината в диапазона минимум (560 – 810) мм.;
* Да има подвижна секция за гръб;
* Да има позиции Тренделенбург и Обратен Тренделенбург;
* Да има сгъваеми странични релси и метални ръкохватки за бутане;
* Да има пластмасови протектори в ъглите;
* Да има колела с диаметър мин. 125 мм, с централна спирачка;
* Да има държач за уринаторна торба и инфузионен статив;
* Да има кошница за аксесоари и държач за кислородна бутилка или възможност кислородната бутилка да бъде поставена в гнездо в основата на корпуса на количката (под пациента);
* Да е с метална конструкция, с електростатично покритие;
* Да има водоустойчив и негорим матрак;
* Да има държач за ролка с хартия;
* Да има максимално безопасно натоварване минимум 175 кг.;
* С размери: (Д/Ш) 2090/840 мм (± 50 мм). Размери на матрака: (Дължина/Широчина/Дебелина) 1925/600/80 мм (± 50 мм);
* Странични релси – метал.
 | 214 |  |
| * 1. **Легло за реанимация**
* Реанимационно легло, четирисекционно, с антидекубитален матрак;
* Да има сгъваеми разделени странични прегради, по две от всяка страна;
* Да има електрическо регулиране на височината в диапазона минимум (420-800) мм;
* Да има електрическо регулиране на секцията за гръб в диапазона минимум (0 – 70)°;
* Да има електрическо регулиране на секцията за бедра в диапазона минимум (0-30)°;
* Да има регулиране на секцията за подбедрица;
* Да има възможност за моторизирано достигане на позиции Тренделенбург и Обратен Тренделенбург до ±18°;
* Да има протектори в ъглите;
* Да има държач за уринаторна торба;
* Да има инфузионен статив;
* Да има функция за позициониране за спешна КПР;
* Да има контролен панел за управление на движенията на леглото от пациента;
* Таблите при главата и краката на пациента да са отстраняеми;
* Да има максимално безопасно натоварване минимум 220 кг;
* С размери: (Д/Ш) 2190/955 мм (± 50 мм);
* С размери на матрака: (Дължина/Широчина/Дебелина) 1950/860/120 мм (± 50 мм);
* Страничните релси и табли да са от полипропилен или друг олекотен материал;
* Платформата на леглото да е от метал.
 | 244 |  |
| * 1. **Количка носилка за пациент**
* Количка за транспортиране на пациенти в легнало положение;
* Да има хидравлично контролирано регулиране на височината в диапазона минимум 540 – 810 мм;
* Да има подвижна секция за гръб;
* Да позволява позиции Тренделенбург и Обратен Тренделенбург;
* Да има сгъваеми странични релси и метални ръкохватки за бутане;
* Да има пластмасови протектори в ъглите;
* Да има колела с диаметър минимум 120 мм, с централна спирачка;
* Да има държач за уринаторна торба;
* Да има инфузионен статив;
* Да има кошница за изделия и държач за кислородна бутилка или възможност кислородната бутилка да бъде поставена в гнездо в основата на корпуса на количката (под пациента);
* Да е с метална конструкция, с електростатично покритие;
* Да има водоустойчив и негорим матрак;
* Да има държач за ролка с хартия;
* Да има максимално безопасно натоварване минимум 175 кг;
* С размери: (Д/Ш) 2090/840 (± 50 мм). Размери на матрака: (Дължина/Широчина/Дебелина) 1925/600/80 мм (± 50 мм);
* Страничните релси да са от метал.
 | 68 |  |
| * 1. **Количка стол-инвалиден**
* Да е със сгъваема стъпенка за крака за превозване на пациент в седнало положение;
* Да има антибактериално прахово покритие;
* Предни колела с диаметър минимум 120 мм, задни с диаметър минимум 200 мм;
* Да има настройващ се във височина инфузионен статив;
* Да има подвижни подлакътници;
* С размери: (Д/Ш/В) 1140/740/980 мм (± 10 мм);
* Минимален размер на мястото за сядане от (Дълбочина/Ширина) 430/470 мм;
* Седалището и подлакътниците да са от полиуретан;
* Конструкцията да е от метал.
 | 248 |  |
| * 1. **Завеса**
* Двойно телескопично чупещо се рамо с дължина мин. 210 см., изработено от олекотен неръждаем метал, позволяващ активна дезинфекция;
* Монтажна стойка за закрепване на телескопичното рамо;
* Негорима завеса от антибактериална материя с размери 230/140 см. позволяваща пране в автоматична перална машина при мин.65° C.
 | 628 |  |
| * 1. **Комбинирано устройство за вътрешен и външен температурен контрол за болнично легло**
* Затоплящо / охлаждащо устройство осъществяващо управление посредством циркулационнен кръг с вода с максимална скорост 11 л/мин.;
* С габаритни размери: (Дълбочина/Височина/Дължина) 20/29/44 см (±5 см);
* Тегло на агрегата не по голямо от 17 кг;
* Максимално време за охлаждане до 15° - 10 минути;
* Максимално време за затопляне до 37° - 10 минути;
* Устройството да е монтирано върху статив на колела за лесно придвижване;
* Наличие на електронен дисплей показващ зададената и моментната температура на водата в системата;
* Индикатори за нивото и за потока на водата;
* Система за защитно изключване при температура над 41.5° C;
* Аларма за неизправност;
* Възможност за задаване на температурата на водата в диапазон от 15° до 39° C;
* Ниво на шум на помпата не по-голямо от 50 dBA;
* Да бъде окомплектовано със затоплящ/охлаждащ воден дюшек с размери 170/50 см. ± 3 см.;
* Да бъде окомплектовано със затоплящо/охлаждащо водно одеяло с размери 120/70 см. ± 3 см.
 | 34 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Технически спецификации / Изисквания** | **Количество** | **Предложение на участника**подробни технически характеристики и параметри за предлаганите: медицинско оборудване и медицинска апаратура, съответния производител, модел, както и в кой официален документ на съответния производител и страница /в приложимите случаи/, може да се открие посоченото от участника съответствие. |
| **Обособена позиция № 2 Специализирана медицинска апаратура за пациентен мониторинг и интензивни грижи** | **брой** |  |
| * 1. **Монитор - централен за сестрински пост**
* Централна мониторна станция, с два монитора, с диагонал мин. 21";
* Да се свързва с безжична връзка с минимум 20 отделни пациентни монитори и възможност за LAN връзка;
* В комплект с клавиатура, мишка, операционна система;
* Възможност за изобразяване на поне следните данни от пациентните монитори:
* Като криви: 2 канала ECG криви, 1 канал крива на дишането /RESP крива/, 1 канал плетизмограма /PLETH крива/, 2 канала IBP криви, 1 канал CO2 крива;
* Като стойности: HR, RESP, ST; SpO2 and PR; SYS, MAP и DIA от NBP; SYS, MAP и DIA от IBP; Две температури и 1 делта температура;
* Трендове: до 24 часа графичен и табличен тренд от всеки пациентен монитор;
* Аларми на приоритетен принцип за параметри, ST, аритмия;
* Възможност за експорт на данни до мрежов принтер или в pdf.
 | 34 |  |
| * 1. **Монитор**
* Мултипараметричен пациентен монитор;
* Да има цветен дисплей, с размер минимум 12";
* Да има възможност за безжична връзка с централна мониторна станция и LAN връзка (RJ 45), синхронизация с дефибрилатор и видео изход;
* Да работи със захранване от централна ел.мрежа 220V, 50Hz и от вградена батерия за поне 4 часа независима работа;
* Да има възможност за захранване с напрежение 12V при работа в автомобил или линейка;
* Да има дръжка за по-удобно пренасяне;
* Да съхранява минимум 168 часа тренд, данни за поне 1000 групи измервания на NIBP и над 100 групи аритмии с асоциираните им вълни;
* Да мониторира 3/5 канално ЕКГ;
* Да измерва сърдечна честота в диапазона мин. 15-300 уд/мин с резолюция 1 уд./мин.;
* Да измерва дихателна честота в диапазона мин. 0-150 вд/мин с точност ± 2 вд/мин.;
* Да измерва NIBP, с показване на систолично, диастолично и средно налягане;
* Да има възможност за показване на измерените стойности на наляганията в mmHg;
* Да има възможност за избор на интервал за автоматично измерване на NIBP - от 1 мин до 480 мин.;
* Да измерва кислородна сатурация в диапазона 0-100 %;
* Да измерва пулсова честота в диапазона мин. 25-250 уд./мин.;
* Да измерва индекс на перфузия и да се изобразява в цифров формат;
* Да измерва телесна температура, с два канала, в диапазона мин. 0-50°С;
* Да има възможност за показване на измерените стойности на температурата в °С;
* Да има възможност за закрепване към количка, легло и шина;
* Да е окомплектован с всички необходими за работата му аксесоари за възрастни и деца.
 | 629 |  |
| * 1. **Преносим комбиниран дефибрилатор, с възможност за отдалечено мониториране**
* Бифазен дефибрилатор-монитор, синхронизиран-несинхронизиран, автоматичен и ръчен режим на работа;
* Да има възможност за предаване на мониторираните параметри чрез мобилна наземна мрежа, включително в реално време;
* Да има минимум 4 режима на работа: ръчно дефибрилиране с възможност за синхронизирано кардиоверзио, мониториране на пациента, AED, пейсиране;
* Да има цветен дисплей с диагонал мин. 8";
* Софтуер и гласови подсказки на български език;
* Да мониторира 3/5/12 канално ЕКГ, сърдечна честота, импедансно дишане, пулсова оксиметрия, неинвазивно кръвно налягане и температура;
* Вградената презареждаща се батерия да може да осигури мин. 400 разряда при максимална енергия;
* Да има възможност за избор на максимална енергия за дефибрилиране, както в мануален, така и в режим AED;
* Да има възможност за избор на енергия за дефибрилиране в ръчен режим и режим AED в минимален обхват от не по-малко от 1 до 200 J, с многократни лопатки за възрастни и деца;
* Изборът на енергия за дефибрилиране да е възможен и чрез съответни бутони на дефибрилаторните лопатки;
* Време от включване на апарата до зареждане за дефибрилиране при напълно заредена батерия: до 200 J за не повече от 5 сек.;
* Време от възстановяване на ЕКГ мониториране след произвеждане на шок: не повече от 3 сек.;
* Пациентен импеданс в диапазона мин. 25-300 Ω;
* Да има индикатор за качеството на контакт между дефибрилаторните лъжици и гръдния кош с изобразяване на реалната стойност на импеданса;
* В режим пейсиране, да има възможност за пейсиране с честота в диапазона мин. 30-210 пейс. в мин. и да има директен бутон за временно многократно редуциране на пейсинг честотата с цел обследване за наличие на базови аритмии;
* Да измерва сърдечна честота в диапазона мин. 30-300 уд/мин за възрастни и мин. 30-350 уд/мин за педиатрични пациенти;
* Да измерва дихателна честота в диапазона мин. 0 -150 вд/мин.;
* Съхраняване на данни: мин. за 100 пациента, мин. 72 часа тренд записи, мин. 24 часа ЕКГ графики и мин. 1000 събития;
* Възможност за експорт на данни към персонален компютър чрез USB флаш памет;
* Да има вграден термопринтер, минимум 4 канален, с ширина на хартията мин. 80 мм, който да може да печата вълнови графики в реално време и замразени, включително и 12-канално ЕКГ записи;
* Принтерът да може автоматично да печата при шок, параметрични и аритмия аларми;
* Водо и прахонепроницаемост: минимум IP 44;
* Да е с тегло не повече от 8 кг.;
* Възможност за доизграждане със CPR сензор осигуряващ информация на екрана на апарата за качеството на провежданата кардиопулмонална ресусцитация, с изобразяване и на вълнова графика на компресиите на гръдния кош, цифрови данни за честота и дълбочината на компресиите;
* Да бъде окомплектован с всички необходими за работата му аксесоари за педиатрични и възрастни пациенти.
 | 170 |  |
| **Технически предимства и функционални характеристики на предлаганата в т. 2.3. апаратура*** Показател „Избор на конкретни стойности на енергия за дефибрилиране в ръчен режим в посочения минимален обхват от 1 до 200 J“;
* Показател "Автономна работа на батерии в режим "Мониториране";
* Показател „По-високи от минимално изискуемите стойности на максималната енергия за дефибрилиране“
 |  | **Технически предимства и функционални характеристики на предлаганата в т. 2.3. апаратура**По показател „Избор на конкретни стойности на енергия за дефибрилиране в ръчен режим в посочения минимален обхват от 1 до 200 J“: …..…………енергийни нива;По показател "Автономна работа на батерии в режим "Мониториране": ……….часа; По показател По-високи от минимално изискуемите стойности на максималната енергия за дефибрилиране: до ………….. Джаула. |
| * 1. **Преносим комбиниран дефибрилатор**
* Бифазен дефибрилатор-монитор, синхронизиран-несинхронизиран, автоматичен и ръчен режим на работа;
* Да има минимум 4 режима на работа: ръчно дефибрилиране с възможност за синхронизирано кардиоверзио, мониториране на пациента, AED, пейсиране;
* Да има цветен дисплей с диагонал мин. 8";
* Софтуер и гласови подсказки на български език;
* Да мониторира 3/5 канално ЕКГ, сърдечна честота и импедансно дишане;
* Вградената презареждаща се батерия да може да осигури мин. 200 разряда при максимална енергия;
* Да има възможност за избор на максимална енергия за дефибрилиране, както в мануален, така и в режим AED;
* Да има възможност за избор на енергия за дефибрилиране в ръчен режим и режим AED в минимален обхват от не по-малко от 1 до 200 J, с многократни лопатки за възрастни и деца;
* Изборът на енергия за дефибрилиране да е възможен и чрез съответни бутони на дефибрилаторните лопатки;
* Време от включване на апарата до зареждане за дефибрилиране при напълно заредена батерия: до 200 J за не повече от 5 сек.;
* Време от възстановяване на ЕКГ мониториране след произвеждане на шок: не повече от 3 сек.;
* Пациентен импеданс в диапазона мин. 25-300 Ω;
* Да има индикатор за качеството на контакт между дефибрилаторните лъжици и гръдния кош с изобразяване на реалната стойност на импеданса;
* В режим пейсиране, да има възможност за пейсиране с честота в диапазона мин. 30-210 пейс. в мин. и да има директен бутон за временно многократно редуциране на пейсинг честотата с цел обследване за наличие на базови аритмии;
* Да измерва сърдечна честота в диапазона мин. 30-300 уд/мин за възрастни и мин. 30-350 уд/мин за педиатрични пациенти;
* Да измерва дихателна честота в диапазона мин. 0-150 вд/мин;
* Съхраняване на данни: мин. за 100 пациента, мин. 72 часа тренд записи, мин. 24 часа ЕКГ графики и мин. 1000 събития;
* Възможност за експорт на данни към персонален компютър чрез USB флаш памет;
* Да има вграден термопринтер, минимум 3 канален, с ширина на хартията мин. 50 мм, който да може да печата вълнови графики в реално време и замразени;
* Принтерът да може автоматично да печата при шок, параметрични и аритмия аларми;
* Водо и прахонепроницаемост: минимум IP 44;
* Да е с тегло не повече от 8 кг.;
* Възможност за доизграждане със CPR сензор осигуряващ информация на екрана на апарата за качеството на провежданата кардиопулмонална ресусцитация, с изобразяване и на вълнова графика на компресиите на гръдния кош, цифрови данни за честота и дълбочината на компресиите;
* Да бъде окомплектован с всички необходими за работата му аксесоари за педиатрични и възрастни пациенти.
 | 34 |  |
| **Технически предимства и функционални характеристики на предлаганата в т. 2.4. апаратура*** Показател „Избор на конкретни стойности на енергия за дефибрилиране в ръчен режим в посочения минимален обхват от 1 до 200 J“;
* Показател "Автономна работа на батерии в режим "Мониториране";
* Показател „По-високи от минимално изискуемите стойности на максималната енергия за дефибрилиране“
 |  | **Технически предимства и функционални характеристики на предлаганата в т. 2.4. апаратура**По показател „Избор на конкретни стойности на енергия за дефибрилиране в ръчен режим в посочения минимален обхват от 1 до 200 J“: …..…………енергийни нива;По показател "Автономна работа на батерии в режим "Мониториране": ……….часа; По показател По-високи от минимално изискуемите стойности на максималната енергия за дефибрилиране: до ………….. Джаула. |
| * 1. **Транспортен вентилатор**
* Портативен вентилатор, подходящ за използване в отделения за интензивни грижи, спешни отделения и по време на транспорт;
* Да бъде водозащитен, ударозащитен и защитен от интерференции;
* Да бъде с пневматично задвижване, електронно контролиран;
* Да осъществява мониторинг и да има алармена система за параметрите, свързани с пациента;
* Да се захранва от централна ел.мрежа 220V, 50Hz и от вградена батерия, осигуряваща работа до минимум 2 часа и от 12V източник за транспорт;
* Да има дисплей с размер минимум 4";
* Да използва като двигателен газ кислород или въздух;
* Да има възможност за лесна смяна на кислородната бутилка по време на работа;
* Да има минимум следните режими на обдишване: контрол по обем (VCV), спонтанен (SPONT), SIMV, A/C, ръчен (Manual);
* Да има възможност за настройка на инспираторната концентрация на кислород (FiO2) в диапазона минимум (40-60) %;
* Да има възможност за настройка на дихателната честота в диапазона минимум (2-50) вд/мин.;
* Да има възможност за настройка на инспираторното време в диапазона минимум (0,3-6) сек.;
* Да има възможност за настройка на еднократния дихателен обем в диапазона минимум (100-1500) мл.;
* На дисплея да се визуализира кривата налягане-време;
* Да има аларми за минимум следните събития: апнея, тидален обем прекалено висок/нисък, налягане в дихателните пътища прекалено високо, отпадане на захранването с кислород или въздух, отпадане на електрическо захранване, батерията е почти изтощена и т.н.;
* Да бъде окомплектован с минимум кислородна бутилка с регулатор, държач, шлангове, силиконова маска и чанта за носене.
 | 204 |  |
| * 1. **Електрокардиограф**
* Дигитален ЕКГ апарат, 12 канален;
* Да има цветен дисплей, минимум 8 инча;
* Да работи със захранване от централна ел. мрежа 220 V, 50Hz и от вградена батерия, осигуряваща независима работа за минимум 90 мин.;
* Да притежава компютъризиран ЕКГ анализ, използващ алгоритъм за интерпретиране на ЕКГ нарушенията;
* Да има USB конектор и мрежова връзка RJ-45;
* Да има водозащитена клавиатура;
* Да има памет за поне 100 групи от ЕКГ данни;
* Да има терморекордер с хоризонтална резолюция мин. 40 точки/мм и вертикална резолюция минимум 8 точки/мм;
* Да има скорости на записване мин. от 5 до 50 мм/сек., с мин. 3 стъпки;
* Да има поне 10 различни формати на запис;
* Да има защита от дефибрилатор и детекция на пейсмейкър;
* Да измерва сърдечна честота в диапазона мин. (30-350) уд/мин.;
* Да притежава минимум 140 вида диагностични анализи;
* Да е с тегло по-малко от 6 кг.
 | 272 |  |
| * 1. **Тролей/количка за КПР**
* Със стойки за минимум портативен монитор с дефибрилатор, дихателен мех с лицева маска и резервоарни балони за възрастни и деца;
* Монолитна олекотена конструкция от негорим материал с антибактериално покритие, устойчиво на обработка с дезинфектанти и въздействие на интензивно UV поле;
* Работен плот с антибактериално покритие с 4 странен борд срещу разливане на течности;
* 4 броя монолитни чекмеджета с височина не по-малка от 15 cm. Чекмеджетата да са изработени от негорим материал с антибактериално покритие, да са със заоблени ъгли и ръбове;
* Възможност за различна цветова опция за всяко чекмедже;
* Етикетно поле на челото на всяко чекмедже за обозначаване съдържанието на чекмеджето;
* Възможност за централно заключване на всички чекмеджета;
* Чекмедже за животоспасяващи лекарства със заключващ механизъм;
* Чекмедже с легенче от неръждаема стомана за токсични отпадъци;
* Изтеглящ се извън корпуса на количката плот за писане;
* Кофа за отпадъци с капак и педал;
* Отделение за катетри вградени в корпуса на количката;
* Обезопасена приставка за отваряне на ампули вградена в корпуса на количката;
* Контейнер с вместимост мин. 1,5 l за употребявани игли и спринцовки вграден в корпуса на количката;
* Ниша за съхранение на банки с инфузионни разтвори;
* Отделение за кислородна бутилка вградено в корпуса на количката;
* Надстройка с диспенсери за разделно съхраняване на мед. консумативи;
* Приставка за сетове с мед. ръкавици;
* Защитен периметърен буфер в основата на количката;
* Стойка за инфузии с товароносимост не по-малка от 2 kg;
* Подвижна маса за дефибрилатор с товароносимост не по-малка от 12 kg;
* Ел. контакти тип "Шуко" мин. 3 бр.;
* Мобилност постигната с колела с антистатично действие и осигуряване на блокаж на минимум две колела;
* Тегло на корпуса, включително чекмеджетата да не е по-голямо от 50 kg;
* Осигурено ел. захранване към 220 V мрежа.
 | 170 |  |
| * 1. **Апарат за обдишване тип “AMBU”**
* Апарат за обдишване тип “AMBU” портативен;
* Aнтистатична автоклавируема и самоекспандираща силиконова вътрешна торба;
* Обем на дихателен балон за възрастни: не по-малък от 1500 мл;
* Обем на дихателен балон за деца: не по-голям от 500 мл;
* В окомплектовка с:
* Маски за обдишване за възрастни;
* Маски за обдишване за деца от 1 до 18 г.
 | 287 |  |
| * 1. **Респиратор**
* Вентилатор, подходящ за обдишване на деца и възрастни;
* Да има изводи за централно захранване с медицински въздух и кислород. При липса на един от двата газа, апарата да компенсира с наличния газ за доставяне на необходимия обем и налягане;
* Да е със сензорен дисплей (тъч скрийн), мин. 12”. На дисплея да се визуализират минимум 4 криви и минимум 2 примки;
* Да има батерийно захранване, осигуряващо независима работа за минимум 60 минути;
* Да притежава следните контролирани режими на обдишване – контрол по обем (VC), контрол по налягане (PC) и контрол по обем с регулиране по налягане (PRVC);
* Да притежава режими на подпомагане по налягане при продължително положително налягане на дихателните пътища (PS/CPAP);
* Да притежава следните комбинирани режими на вентилация – SIMV (VC) + PS, SIMV (PC) + PS, SIMV (PRVC) + PS или еквивалентни режими;
* Да има възможност за настройка на параметри в следните минимални граници:

- Еднократен дихателен обем от 100 до 2500 мл.; - Концентрация на кислород в дихателната смес FiO2 – (21 – 100) %;- Съотношение I:E – от 1:10 до 4:1; - PEEP – (0-50) cmH2O;- Дихателна честота – (4 – 100) вд/мин;* Да има възможност за компенсация на утечките и обема на дихателния кръг;
* Да може да се надгради с небулайзер;
* Да може да се надгради с капнограф, за мониториране на CO2;
* Да има възможност за избор от езици за потребителския интерфейс / софтуер, включително и български;
* Да е окомплектован за деца и възрастни минимум с овлажнител, многократна камера за възрастни, комплект шлангове за възрастни и захранващи шлангове за кислород и въздух.
 | 68 |  |
| **Технически предимства и функционални характеристики на предлаганата в т. 2.9. апаратура*** Показател "Максимален инспираторен поток“.
 |  | **Технически предимства и функционални характеристики на предлаганата в т. 2.9. апаратура**По показател "Максимален инспираторен поток“: …..…………литра/минута. |
| * 1. **Инфузионна помпа тип „инфузомат” – волуметрични помпи**
* Да работи с инфузионни сетове от различни производители;
* Да има дисплей, минимум 2 инча;
* Да има дръжка за пренасяне;
* Да има скоба за закрепване към инфузионен статив;
* Да има функции болус и антиболус;
* Да има поне 3 режима на работа: мл/час, бр. капки/мин, режим по време;
* Да има възможност за автоматично превключване между различните режими;
* Да работи със захранване от централна ел. мрежа и вградена батерия. Батерията да осигурява независима работа за минимум 5 часа (при минимална скорост на вливане);
* Да има памет за последните настройки на вливане;
* Да има аудио-визуална алармена система, с поне 9 различни аларми;
* Да има вграден сензор за налягане, детектиращ на оклузия в инфузионната линия
* Да има вграден термостат, загряващ инфузионната линия. Да има възможност за настройка на температурата от 30 до 45°;
* Да осигурява скорост на вливане ≥ 1500 мл/час;
* Да има минимум две нива на чувствителност при оклузия;
* Да има вграден детектор за въздушни мехурчета;
* Да е с тегло до 2,5 кг.
 | 200 |  |
| * 1. **Инфузионна помпа тип „перфузор” – спринцовкови помпи**
* Да работи със спринцовки с размер минимум 10, 20, 30, 50 мл от различни производители;
* Да има автоматично разпознаване на размера на спринцовката;
* Да има дисплей, минимум 2 инча;
* Да има приспособления за каскадно свързване на 2 и повече помпи;
* Да е водозащитена, клас IPX3;
* Да има функции болус и антиболус;
* Да има поне 4 режима на работа, включително по време, по скорост на вливане и по пациентно тегло;
* Да има възможност за автоматично преминаване в режим KVO при приключване на инфузията;
* Да работи със захранване от централна ел. мрежа и вградена батерия. Батерията да осигурява независима работа за минимум 5 часа (при минимална скорост на вливане);
* Да има памет за последните настройки на вливане;
* Да има аудио-визуална алармена система, с поне 9 различни аларми;
* Да има минимум две нива на чувствителност при оклузия;
* Да осигурява скорост на вливане в диапазона мин 0,1 - 1300 ml/h;
* Да има възможност за вливане на обем (VTBI) в диапазона 0,1 – 9 999 ml;
* Укрепване към вертикални и хоризонтални стойки - Универсална скоба с въртяща се на 360 градуса захващаща част, с възможност за вертикално или хоризонтално захващане;
* Да е с тегло до 2,5 кг.
 | 467 |  |
| * 1. **Аспиратор**
* Мобилна електрическа аспирационна помпа в шокоустойчив кожух;
* Електрическо захранване: AC 220-240 V и от вградена батерия осигуряваща минимум 30 минути автономна работа;
* Регулиране на силата на вакуума в минимален обхват от 50 до 550 mmHg;
* Електронен индикатор за силата на вакуума.
* Ниво на шум: макс. 70 dB;
* Автоклавируем събирателен съд с вместимост мин. 1 литър;
* Директна връзка между вакуум устройството и събирателния съд без ползване на силиконови или друг тип тръбички;
* Тегло макс. 3 кг.
 | 253 |  |
| * 1. **Аспирационно устройство**
* С вакуум регулатор за фин дренаж;
* Преносима аспирационна система;
* Мощност не по-малка от 0.80 bar/80 кРа/600 mmHg;
* Възможност за регулиране на мощността;
* Капацитет на аспирация мин. 40 l/min;
* Монометър за проследяване на налягането;
* Регулатор за настройване нивото на вакуума;
* Антибактерилаен и хидрофобен филтър;
* Ниво на шум на помпата не по-голямо от 70 dBA;
* Теглото на аспирационната система да бъде не по-голямо от 4 кг.;
* Окомплектовка:
* Аспирационен буркан:

- изработен от материал позволяващ предназначение за многократна употреба;- с възможност за автоклавна обработка;- вместимост не по-малка от 2 л.;- с вградена клапа против преливане на течности;- с входящ и изходящ конектор за аспирационни линии;* Аспирационен маркуч:

- да бъде изработен от материал позволяващ предназначение за многократна употреба;- дължина на аспирационния маркуч не по-малка от 200 см;* Коничен конектор ø 8-9-10 мм;
* Аспирационна кнюла;
* Воден манометър с дължина мин. 60см:

- тяло от нечуплив материал с градуирана скала с възможност за дезинфекция при 121°С;- микрометричен диференциален регулатор с възможност за регулиране на вакуумното ниво. | 238 |  |
| * 1. **Система за затопляне на флуиди**
* Да работи без да ползва специфични консумативи, като нагревателни картриджи или предназначени само за апарата инфузионни сетове;
* Да е съвместима със стандартните инфузионни системи с диаметър на тръбата 4 - 5 мм.;
* Регулиране на температурата в диапазона мин. 36-39 Со (с възможност за задаване на поне две различни температури в този диапазон);
* Да има мониторинг на реалната температура на флуида;
* Да има звукова и визуална аларма в случай на прегряване;
* Да може да се монтира хоризонтално или вертикално;
* Системата да се самоизключва, за да елиминира риска от прегряване;
* Системата за инфузия да може да се отделя от затоплителя без да се прекъсва потока от течности към пациента;
* Възможност за почистване и дезинфекция на затоплителя.
 | 44 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Технически спецификации / Изисквания** | **Количество** | **Предложение на участника**подробни технически характеристики и параметри за предлаганите: медицинско оборудване и медицинска апаратура, съответния производител, модел, както и в кой официален документ на съответния производител и страница /в приложимите случаи/, може да се открие посоченото от участника съответствие. |
| **Обособена позиция № 3 Хладилници** | **брой** |  |
| * 1. **Хладилник лекарствени средства**
* Капацитет мин. 120 l;
* Външни размери до 600/615/820 mm;
* Метален корпус с антикорозионно покритие;
* Динамична охладителна система;
* Възможност за избор на температура в диапазон от +4°C до +8°C;
* Възможност за задаване на минимални и максимални достъпни граници на температурата;
* Защитен от обледяване с възможност за автоматично размразяване;
* Устройство за предупредителна сигнализация (визуална и звукова) при отклонение от предварително зададената температура;
* Електронна сигнализация при отваряне на вратата на уреда за повече от 60 секунди;
* 3 бр. чекмеджетата и 1 рафт;
* Външен дигитален електронен дисплей;
* С възможност за заключване.
 | 204 |  |
| * 1. **Хладилник лекарствени средства**
* Капацитет мин. 250 l;
* Външни размери до 650/700/1850 mm;
* Метален корпус с антикорозионно покритие;
* Динамична охладителна система;
* Възможност за избор на температура в диапазон от +4°C до +8°C;
* Възможност за задаване на минимални и максимални достъпни граници на температурата;
* Защитен от обледяване с възможност за автоматично размразяване;
* Устройство за предупредителна сигнализация (визуална и звукова) при отклонение от предварително зададената температура;
* Електронна сигнализация при отваряне на вратата на уреда за повече от 60 секунди;
* 3 бр. чекмеджетата и 1 рафт;
* Външен дигитален електронен дисплей;
* С възможност за заключване.
 | 34 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Технически спецификации / Изисквания** | **Количество** | **Предложение на участника**подробни технически характеристики и параметри за предлаганите: медицинско оборудване и медицинска апаратура, съответния производител, модел, както и в кой официален документ на съответния производител и страница /в приложимите случаи/, може да се открие посоченото от участника съответствие. |
| **Обособена позиция № 4 Негативоскоп, Комплект офталмоскоп/отоскоп, Ларингоскоп комплект** | **брой** |  |
| * 1. **Негативоскоп**
* Стенен с подсветка;
* Корпус с размери: (Ш/В) мин. 80/40 см.;
* Дифузен екран;
* Държач за рентгенова снимка;
* Флуоресцентни лампи осигуряващи светлина със цветна температура > 5500° Келвин;
* Бутон за включване/изключване с вградена индикаторна лампа.
 | 68 |  |
| * 1. **Комплект офталмоскоп / отоскоп**
* Диагностичен сет, състоящ се от:
* Офталмоскоп – директен;
* Отоскоп;
* Две отделни LED ръкохватки;
* Мин. 1 сет (4 бр.) ушни фунийки многократни;
* Мин. 5 бр. еднократни фунийки 2.5 и 4 mm Ø;
* Куфарче.
 | 102 |  |
| * 1. **Ларингоскоп комплект за деца и възрастни**
* Фиброоптичен лъч Ø: мин. 4.3 mm;
* Пренос на светлина при 2.5V: мин. 6 000 LUX;
* Пренос на светлина при 3.5V: мин. 13 000 LUX;
* Автоклавируем при 134° C: мин. 4 000 пъти;
* Батерия за ларингоскоп: NimH 2.5 V/3,000 mAh;
* Зарядна станция за батерия за ларингоскоп;
* Зареждане с 2.5V/3.5V NiCa, NimH или Li-ion презареждаеми батерии;
* В комплект с мин. 4 лъжици за деца и възрастни: тип Макинтош за възрастни и тип Милър за деца.
 | 102 |  |

*Ненужните обособени позиции се изтриват или не се попълват!*

* Гарантираме, че сме в състояние да изпълним качествено поръчката в пълно съответствие с гореописаното предложение.
* Декларираме, че медицинското оборудване и медицинската апаратура ще отговарят на Закона за медицинските изделия.
* Декларираме, че при доставката на предложените медицинско оборудване/медицинска апаратура, същите ще бъдат предоставени с пълно Ръководство за употреба на производителя на български и английски език на хартиен и електронен носител, в което ще има ясни инструкции и подробно описание на съответните протоколи и функции на всички приложения, както и необходимите материали за провеждане на обучения за потребителите (в приложимите случаи).
* Декларираме, че в случай, че бъдем избрани за изпълнител на обществената поръчка, ще предоставим пълен списък на всички материали и консумативи, необходими за работата на медицинското оборудване/медицинската апаратура.
* Декларираме, че ще осигурим обучение на персонала, с продължителност минимум 1 работен ден, съобразено с характеристиките на оферираните медицинско оборудване/медицинска апаратура и препоръките на производителя.

- Декларираме, че при доставката за всяко медицинско оборудване и медицинска апаратура, ще бъдат осигурени стикери, в съответствие с „Единния наръчник на бенефициента за прилагане на правилата за информация и комуникация 2014 – 2020 г., като преди изработването им, дизайнът, размерът и мястото на поставянето на стикерите ще се съгласува с възложителя.

* Декларираме, че гаранционният срок на медицинското оборудване/медицинската апаратура е, както следва:

За медицинското оборудване/медицинската апаратура по номенклатурна единица ……..- ……………… месеца *(не по-малък от двадесет и четири месеца, но не по-голям от шестдесет месеца),* като същият започва да тече от датата на монтажа и инсталацията (номенклатури 1.1., 1.2., 1.3., 1.4., 1.5., 1.6., 1.7., 1.8., 1.9., 1.10., 2.7.) *(декларира се толкова пъти, колкото е необходимо, в зависимост от номенклатурните единици по които участва)*;

За медицинското оборудване/медицинската апаратура по номенклатурна единица ……..- ……… месеца *(не по-малък от двадесет и четири месеца, но не по-голям от шестдесет месеца),* като същият започва да тече след пробното изпитване от датата на въвеждане в експлоатация на доставените медицинско оборудване/медицинска апаратура (номенклатури 2.1., 2.2., 2.3., 2.4., 2.5., 2.6., 2.8., 2.9., 2.10., 2.11., 2.12., 2.13., 2.14., 3.1., 3.2., 4.1., 4.2., 4.3.) *(декларира се толкова пъти, колкото е необходимо, в зависимост от номенклатурните единици по които участва).*

- Декларираме, че ще осигурим, чрез предложените сервизни специалисти/инженери, гаранционна поддръжка на медицинска апаратура и/или медицинско оборудване, при максимално време на реакция до 12 часа от получаване на рекламационното съобщение от Възложителя или от представител на структурата ползвател, като ще изпратим съобщение с имената на квалифицирани представители за констатиране и идентифициране на повредата.

- Декларираме, че ще изпратим квалифицираните представители (сервизни специалисти/ сервизни инженери) на място за констатиране и идентифициране на повредата в срок до 12 часа от получаване на рекламационното съобщение на Възложителя.

- Декларираме, че в случай на необходимост от ремонт в сервизна база, по време на гаранционния срок, същият ще бъде извършен от оторизиран/и сервиз/и на производителя/лите на медицинското оборудване/медицинската апаратура или от упълномощен/и негов/техни представител/и;

- Декларираме, че в случай на необходимост от ремонт с продължителност повече от 12 часа от подписването на протокол или необходимост от ремонт в сервизна база по време на гаранционния срок в рамките на следващите 12 часа, ще осигурим временно заместващ апарат/модул, от същия вид, тип и функционалности.

- Декларираме, че по време на гаранционния срок, ще поддържаме оборудването/апаратурата, като не само отстраняваме възникналите повреди и неизправности, но и ще извършваме безплатна текуща профилактика и контрол на качеството, както и подмяна на съответните модули и/или детайли, консумативи, актуализиране на софтуера съгласно инструкциите на производителя или безплатна текуща профилактика, подмяна на съответните модули и/или детайли, актуализиране на софтуера на всяко тримесечие след въвеждането на апаратурата/оборудването в експлоатация.

- Декларираме, че по време на гаранционното обслужване, ще извършваме ремонт или замяна на всички модули и детайли, които се повредят или изхабят, при нормалното използване и функциониране на апарата.

- Декларираме, че сме в състояние да осигуряваме оригинални резервни части за срока на гаранционната поддръжка на медицинското оборудване/медицинската апаратура.

- Декларираме, че в случай, че времето на прекратяване на работа на апаратурата/оборудването поради повреди или профилактика превиши 360 астрономически часа годишно, ще удължим гаранционния срок (или срок на гаранционна поддръжка) с толкова дни, колкото часа над определените 360 астрономически часа годишно оборудването/апаратурата не е работила поради повреди и профилактика.

* Декларираме, че срокът за извършване на доставките на медицинското оборудване/медицинската апаратура ще е от три до четири месеца от получаването на писмена заявка от Възложителя.
* Декларираме, че предложението ни включва доставка до крайните получатели, инсталация и монтаж, пробно изпитване, въвеждане в експлоатация с всички необходими за експлоатацията принадлежности и консумативи на медицинското оборудване и/или медицинската апаратура и обучение (в приложимите случаи).

Предоставяме връзка/и (link) към официалния/ите интернет сайт/ове на производителя/ите с публикуваните технически данни (*посочва се в случай на наличие на такава възможност)* за медицинското оборудване и медицинската апаратура: *http:// ………*…………………………………

*http:// …………*………………………… *http:// …………*…………………………...………

*(повтаря се, колкото пъти е необходимо* *с пояснение за кое от изброените по-горе се отнася)*

1. други

ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ОБРАЗЕЦ***

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

за съгласие с клаузите на приложения проект на договор

Долуподписаният: ……………………………………………………………………..……....

*(трите имена)*

в качеството си на …………………………………………………………….…………………

*(длъжност)*

на …………………………………………………………………………………………… -

*(наименование на участника)*

участник в процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: ***"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена позиция: ………………***

**Д Е К Л А Р И Р А М, Ч Е:**

Запознат съм със съдържанието на проекта на договора с предмет: ***"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена позиция: ………………………....…...*** и приемамусловията в него.

ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ОБРАЗЕЦ***

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

за срока на валидност на офертата

Долуподписаният: ……………………………………………………………………..……....

*(трите имена)*

в качеството си на …………………………………………………………….…………………

*(длъжност)*

на …………………………………………………………………………………………… -

*(наименование на участника)*

участник в процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: ***"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена позиция: ………………………....…...***

**Д Е К Л А Р И Р А М, Ч Е:**

Срокът на валидност на настоящата оферта е 5 (пет) месеца, считано от датата, която е посочена за дата на получаване на офертите в обявлението за поръчката и представлява времето, през което сме обвързани с условията на представеното от нас предложение.

ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ОБРАЗЕЦ***

***ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ***

До:……………………………………………………………………………………………….

(*наименование и адрес на възложителя)*

подадено от: ..............................................................................

 */наименование на участника/*

и подписано от: ……………………………………… в качеството му/им на: ………………………………...

 */три имена/* */длъжност/*

с адрес: гр. ………………………… ул. ……………………………………………..№ …….,

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

Булстат / ЕИК: ………………………………….., BG………………………………………...

Банковата сметка, по която ще бъдат извършвани разплащанията по договора, ако бъда определен за изпълнител на поръчката:

Банка: …………………………………………..

IBAN……………………………………………BIC……………………………………………

Титуляр на сметката………………………………………………………………………….…

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

С настоящото, Ви представяме нашето ценово предложение за изпълнение на обявената от Вас процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: ***"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена позиция№ 1 "Медицинско оборудване от недиагностичен тип"***

**Обща цена за изпълнението на поръчката: …………………… (*словом)* лв. без ДДС.**

**Обща цена за изпълнението на поръчката: ……………………… *(словом)* лв. с ДДС.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Позиция | Вид на оборудването | Количество брой | Единична цена в лева без ДДС | Обща цена в лева без ДДС |
| **Обособена позиция № 1 "Медицинско оборудване от недиагностичен тип"** |
| 1.1. | Лампа прегледна (≥ 120 000 Lx) | 331 |  |  |
| 1.2. | Лампа прегледна (≥ 60 000 Lx) | 155 |  |  |
| 1.3. | Лампа бактерицидна | 238 |  |  |
| 1.4. | Кушетка медицинска за диагностика | 588 |  |  |
| 1.5. | Стретчер с вертикално повдигане | 214 |  |  |
| 1.6. | Легло за реанимация | 244 |  |  |
| 1.7. | Количка носилка за пациент | 68 |  |  |
| 1.8. | Количка стол-инвалиден | 248 |  |  |
| 1.9. | Завеса | 628 |  |  |
| 1.10. | Комбинирано устройство за вътрешен и външен температурен контрол за болнично легло | 34 |  |  |
| **Обща цена за изпълнението на поръчката в лева без ДДС** |  |

*Общата цена се* определя като сбор от общите цени (количества \* единични цени) на отделни номенклатури включени в съответната обособена позиция.

Така предложените единични цени по всяка номенклатура включват всички разходи, за изпълнение на предмета на обществената поръчка, свързани с доставката до мястото на изпълнение: опаковка, транспорт, застраховки, митни сборове, такси, инсталация, монтаж, пробно изпитване, въвеждане в експлоатация с всички необходими за експлоатацията принадлежности и консумативи на медицинската оборудването/медицинската апаратура, обучение (в приложимите случаи), техническа документация, ръководства за употреба, лицензи и гаранционна поддръжка. Всички разходи за извършване на гаранционно обслужване в срока на гаранцията (не по-малък от 24 месеца и не по-голям от 60 месеца от подписване на съответния протокол), са за сметка на Изпълнителя.

Посочените единични цени **не подлежат на промяна** през целия срок на действие на договора за изпълнение на поръчката.

Предложената цена е определена при пълно съответствие с условията от документацията по процедурата.

Задължаваме се, ако нашата оферта бъде приета, да изпълним и предадем договорените количества, съгласно сроковете и условията, залегнали в договора.

При условие, че бъдем избрани за изпълнител на обществената поръчка, ние сме съгласни да подпишем и представим гаранция за изпълнение на задълженията по договора в размер на 5 % от стойността му, без ДДС.

*Забележка: Участниците, регистрирани по ДДС, отбелязват наличието на такава регистрация.*

ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ОБРАЗЕЦ***

***ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ***

До:……………………………………………………………………………………………….

(*наименование и адрес на възложителя)*

подадено от: ..............................................................................

 */наименование на участника/*

и подписано от: ……………………………………… в качеството му/им на: ………………………………...

 */три имена/* */длъжност/*

с адрес: гр. ………………………… ул. ……………………………………………..№ …….,

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

Булстат / ЕИК: ………………………………….., BG………………………………………...

Банковата сметка, по която ще бъдат извършвани разплащанията по договора, ако бъда определен за изпълнител на поръчката:

Банка: …………………………………………..

IBAN……………………………………………BIC……………………………………………

Титуляр на сметката………………………………………………………………………….…

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

С настоящото, Ви представяме нашето ценово предложение за изпълнение на обявената от Вас процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: ***"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена позиция № 2 "Специализирана медицинска апаратура за пациентен мониторинг и интензивни грижи"***

**Обща цена за изпълнението на поръчката: …………………… (*словом)* лв. без ДДС.**

**Обща цена за изпълнението на поръчката: ……………………… *(словом)* лв. с ДДС.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Позиция | Вид на оборудването | Количество брой | Единична цена в лева без ДДС | Обща цена в лева без ДДС |
| **Обособена позиция № 2 "Специализирана медицинска апаратура за пациентен мониторинг и интензивни грижи"** |
| 2.1. | Монитор - централен за сестрински пост | 34 |  |  |
| 2.2. | Монитор | 629 |  |  |
| 2.3. | Преносим комбиниран дефибрилатор, с възможност за отдалечено мониториране | 170 |  |  |
| 2.4. | Преносим комбиниран дефибрилатор | 34 |  |  |
| 2.5. | Транспортен вентилатор | 204 |  |  |
| 2.6. | Електрокардиограф | 272 |  |  |
| 2.7. | Тролей/количка за КПР | 170 |  |  |
| 2.8. | Апарат за обдишване тип “AMBU” | 287 |  |  |
| 2.9. | Респиратор | 68 |  |  |
| 2.10. | Инфузионна помпа тип ”инфузомат” – волуметрични помпи | 200 |  |  |
| 2.11. | Инфузионна помпа тип ”перфузор” – спринцовкови помпи | 467 |  |  |
| 2.12. | Аспиратор | 253 |  |  |
| 2.13. | Аспирационно устройство | 238 |  |  |
| 2.14. | Система за затопляне на флуиди | 44 |  |  |
| **Обща цена за изпълнението на поръчката в лева без ДДС** |  |

*Общата цена се* определя като сбор от общите цени (количества \* единични цени) на отделни номенклатури включени в съответната обособена позиция.

Така предложените единични цени по всяка номенклатура включват всички разходи, за изпълнение на предмета на обществената поръчка, свързани с доставката до мястото на изпълнение: опаковка, транспорт, застраховки, митни сборове, такси, инсталация, монтаж, пробно изпитване, въвеждане в експлоатация с всички необходими за експлоатацията принадлежности и консумативи на медицинската оборудването/медицинската апаратура, обучение (в приложимите случаи), техническа документация, ръководства за употреба, лицензи и гаранционна поддръжка. Всички разходи за извършване на гаранционно обслужване в срока на гаранцията (не по-малък от 24 месеца и не по-голям от 60 месеца от подписване на съответния протокол), са за сметка на Изпълнителя.

Посочените единични цени **не подлежат на промяна** през целия срок на действие на договора за изпълнение на поръчката.

Предложената цена е определена при пълно съответствие с условията от документацията по процедурата.

Задължаваме се, ако нашата оферта бъде приета, да изпълним и предадем договорените количества, съгласно сроковете и условията, залегнали в договора.

При условие, че бъдем избрани за изпълнител на обществената поръчка, ние сме съгласни да подпишем и представим гаранция за изпълнение на задълженията по договора в размер на 5 % от стойността му, без ДДС.

*Забележка: Участниците, регистрирани по ДДС, отбелязват наличието на такава регистрация.*

ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ОБРАЗЕЦ***

***ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ***

До:……………………………………………………………………………………………….

(*наименование и адрес на възложителя)*

подадено от: ..............................................................................

 */наименование на участника/*

и подписано от: ……………………………………… в качеството му/им на: ………………………………...

 */три имена/* */длъжност/*

с адрес: гр. ………………………… ул. ……………………………………………..№ …….,

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

Булстат / ЕИК: ………………………………….., BG………………………………………...

Банковата сметка, по която ще бъдат извършвани разплащанията по договора, ако бъда определен за изпълнител на поръчката:

Банка: …………………………………………..

IBAN……………………………………………BIC……………………………………………

Титуляр на сметката………………………………………………………………………….…

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

С настоящото, Ви представяме нашето ценово предложение за изпълнение на обявената от Вас процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: ***"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена позиция№ 3 "Хладилници"***

**Обща цена за изпълнението на поръчката: …………………… (*словом)* лв. без ДДС.**

**Обща цена за изпълнението на поръчката: ……………………… *(словом)* лв. с ДДС.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Позиция | Вид на оборудването | Количество брой | Единична цена в лева без ДДС | Обща цена в лева без ДДС |
| **Обособена позиция № 3 "Хладилници"** |
| 3.1. | Хладилник лекарствени средства | 204 |  |  |
| 3.2. | Хладилник лекарствени средства | 34 |  |  |
| **Обща цена за изпълнението на поръчката в лева без ДДС** |  |

*Общата цена се* определя като сбор от общите цени (количества \* единични цени) на отделни номенклатури включени в съответната обособена позиция.

Така предложените единични цени по всяка номенклатура включват всички разходи, за изпълнение на предмета на обществената поръчка, свързани с доставката до мястото на изпълнение: опаковка, транспорт, застраховки, митни сборове, такси, инсталация, монтаж, пробно изпитване, въвеждане в експлоатация с всички необходими за експлоатацията принадлежности и консумативи на медицинската оборудването/медицинската апаратура, обучение (в приложимите случаи), техническа документация, ръководства за употреба, лицензи и гаранционна поддръжка. Всички разходи за извършване на гаранционно обслужване в срока на гаранцията (не по-малък от 24 месеца и не по-голям от 60 месеца от подписване на съответния протокол), са за сметка на Изпълнителя.

Посочените единични цени **не подлежат на промяна** през целия срок на действие на договора за изпълнение на поръчката.

Предложената цена е определена при пълно съответствие с условията от документацията по процедурата.

Задължаваме се, ако нашата оферта бъде приета, да изпълним и предадем договорените количества, съгласно сроковете и условията, залегнали в договора.

При условие, че бъдем избрани за изпълнител на обществената поръчка, ние сме съгласни да подпишем и представим гаранция за изпълнение на задълженията по договора в размер на 5 % от стойността му, без ДДС.

*Забележка: Участниците, регистрирани по ДДС, отбелязват наличието на такава регистрация.*

ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ОБРАЗЕЦ***

***ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ***

До:……………………………………………………………………………………………….

(*наименование и адрес на възложителя)*

подадено от: ..............................................................................

 */наименование на участника/*

и подписано от: ……………………………………… в качеството му/им на: ………………………….

 */три имена/* */длъжност/*

с адрес: гр. ………………………… ул. ……………………………………………..№ …….,

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

Булстат / ЕИК: ………………………………….., BG………………………………………...

Банковата сметка, по която ще бъдат извършвани разплащанията по договора, ако бъда определен за изпълнител на поръчката:

Банка: …………………………………………..

IBAN……………………………………………BIC……………………………………………

Титуляр на сметката………………………………………………………………………….…

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

С настоящото, Ви представяме нашето ценово предложение за изпълнение на обявената от Вас процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: ***"Закупуване на медицинско оборудване и медицинска апаратура в изпълнение на проект "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ" по ОПРР 2014-2020" по обособена позиция № 4 "Негативоскоп, Комплект офталмоскоп/отоскоп, Ларингоскоп комплект"***

**Обща цена за изпълнението на поръчката: …………………… (*словом)* лв. без ДДС.**

**Обща цена за изпълнението на поръчката: ……………………… *(словом)* лв. с ДДС.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Позиция | Вид на оборудването | Количество брой | Единична цена в лева без ДДС | Обща цена в лева без ДДС |
| **Обособена позиция № 4 "Негативоскоп, Комплект офталмоскоп/отоскоп, Ларингоскоп комплект"** |
| 4.1. | Негативоскоп | 68 |  |  |
| 4.2. | Комплект офталмоскоп/отоскоп | 102 |  |  |
| 4.3. | Ларингоскоп комплект за деца и възрастни | 102 |  |  |
| **Обща цена за изпълнението на поръчката в лева без ДДС** |  |

*Общата цена се* определя като сбор от общите цени (количества \* единични цени) на отделни номенклатури включени в съответната обособена позиция.

Така предложените единични цени по всяка номенклатура включват всички разходи, за изпълнение на предмета на обществената поръчка, свързани с доставката до мястото на изпълнение: опаковка, транспорт, застраховки, митни сборове, такси, инсталация, монтаж, пробно изпитване, въвеждане в експлоатация с всички необходими за експлоатацията принадлежности и консумативи на медицинската оборудването/медицинската апаратура, обучение (в приложимите случаи), техническа документация, ръководства за употреба, лицензи и гаранционна поддръжка. Всички разходи за извършване на гаранционно обслужване в срока на гаранцията (не по-малък от 24 месеца и не по-голям от 60 месеца от подписване на съответния протокол), са за сметка на Изпълнителя.

Посочените единични цени **не подлежат на промяна** през целия срок на действие на договора за изпълнение на поръчката.

Предложената цена е определена при пълно съответствие с условията от документацията по процедурата.

Задължаваме се, ако нашата оферта бъде приета, да изпълним и предадем договорените количества, съгласно сроковете и условията, залегнали в договора.

При условие, че бъдем избрани за изпълнител на обществената поръчка, ние сме съгласни да подпишем и представим гаранция за изпълнение на задълженията по договора в размер на 5 % от стойността му, без ДДС.

*Забележка: Участниците, регистрирани по ДДС, отбелязват наличието на такава регистрация.*

ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_