****

**УНИВЕРСИТЕТСКА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ**

**·ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ· ЕАД**

Булстат: 831605806 гр. София 1527, ул. “Бяло море” № 8; тел: (+359 2) 9432 170, факс: (+359 2) 9432 144, 9432 180

<http://www.isul.eu/>

**·**ЦАРИЦА ЙОАННА**·**

ИСУЛ

**УТВЪРЖДАВАМ,**

**ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР**

**ПРОФ. Д-Р БОЙКО ГЕОРГИЕВ КОРУКОВ, ДМ**

**Д О К У М Е Н Т А Ц И Я**

***за участие в процедура на възлагане на обществена поръчка***

***по реда на Глава 26, на стойност по чл. 20, ал. 3, т. 2 от ЗОП с предмет***

**„ПРОФЕСИОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ НА ЛИЦАТА, УПРАЖНЯВАЩИ МЕДИЦИНСКА ПРОФЕСИЯ В УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ” ЕАД”**

**гр. София**

**2019г.**

**С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е**

Раздел I. Обява за обществена поръчка на стойност по чл.20, ал.3, т.2 от ЗОП

Раздел II. Общи указания за подготовка на офертата

Раздел III. Критерий за възлагане

Раздел IV. Техническа спецификация

Раздел V. Образци на документи */Приложения №№ 1÷7/*

**Раздел І**

**Обява за обществена поръчка на стойност по чл.20, ал.3, т.2 от ЗОП**

***\*****приложено на отделен файл*

**Раздел ІІ**

**Общи указания за подготовка на офертата**

**1. Предмет на обществената поръчка:**

Предметът на настоящата обществената поръчка е„Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД”. Обхватът и основните параметри на поръчката са подробно описани в Раздел IV. Техническа спецификация за изпълнение на обществената поръчка от настоящата документация за участие.

**2. Правно основание за откриване на процедурата** – чл.187 от ЗОП**.**

**3. Вид на процедурата** – Събиране на оферти с обява.Възлагането на обществената поръчка ще се осъществи чрез публикуване на обява за събиране на оферти, изготвена по образец, утвърден от изпълнителния директор на АОП, до всички заинтересовани лица. Обявата заедно със съпътстващата я документация се публикува на интернет страницата наУМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ”ЕАД [www.isul.eu](http://www.isul.eu), в Профил на купувача [www.isul.eu/Profil\_na\_kupuvacha.htm](http://www.isul.eu/Profil_na_kupuvacha.htm), в Раздел [www.isul.eu/Obiavi\_art20\_ZOP/Oferti\_obiava/Obiavi\_art20\_ZOP.htm](http://www.isul.eu/Obiavi_art20_ZOP/Oferti_obiava/Obiavi_art20_ZOP.htm)

**4. Място на изпълнение на поръчката** – УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ" ЕАД, ул. "Бяло море" № 8 гр. София

5. Срокове:

5.1. Срок на валидност на офертите - до 30.04.2019 г., считано от крайния срок за подаване на офертите. През този срок всеки участник е обвързан с условията на представената от него оферта.

5.2. **Срок на застрахователния договор 12 месеца, считано от** 00:00 часа на 22.03.2019 г.

**6. Прогнозна стойност на поръчката** – 65 000,00 лв. без данък върху застрахователната премия. Посочената стойност е максималният финансов ресурс, предвиден от Възложителя за изпълнение на поръчката. Оферти, надвишаващи тази стойност, ще бъдат отстранени.

**7. Начин на плащане:** на 4 /четири/ равни вноски, без оскъпяване. Средствата се осигуряват от приходи по договор с НЗОК.

**8. Изисквания към участниците по отношение на личното им състояние**

1. За участниците не трябва да са налице обстоятелствата по чл. 54, ал. 1, т. 1,2, 3-5 и 7 от ЗОП. За доказване на съответствието с посоченото изискване участниците следва да представят декларации по образец - Приложение № 2 и № 3.

2. Участниците следва да имат право да участват в процедури съгласно Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици. За доказване на съответствието с посоченото изискване участниците следва да представят декларация по образец - Приложение № 4.

3. За участниците да не са налични обстоятелствата по чл. 69 от Закона за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобито имущество. За доказване на съответствието с посоченото изискване участниците следва да представят декларация по образец - Приложение № 5.

Доказване липсата на основания за отстраняване

За доказване на липсата на основания за отстраняване участникът, избран за изпълнител, представя:

►за обстоятелствата по чл.54, ал.1, т.1 от ЗОП – свидетелство за съдимост;

►за обстоятелството по чл.54, ал.1, т.3 от ЗОП – удостоверение от органите по приходите и удостоверение от общината по седалището на възложителя и на участника;

**9. Изисквания към участниците, свързани с критериите за подбор.**

С критериите за подбор се определят минималните изисквания за допустимост на офертите.

9.1. Изисквания относно годността /правоспособността/ на участниците за упражняване на професионалнадейност:

Всеки участник в настоящата обществена поръчка следва да бъде „застраховател” по смисъла на чл.12, ал.1 от Кодекса за застраховането /КЗ/, да е лицензиран за упражняване на застрахователна дейност на територията на Република България, включително и за извършване на дейност по клас застраховка „Обща гражданска отговорност,” съгласно Приложение № 1 - „Класове застраховки” към КЗ.

За доказване на съответствието с посоченото изискване, участниците следва да представят декларация свободен текст, че отговарят на изискванията относно правоспособността за упражняване на професионална дейност, като в декларацията следва да се посочи и номерът на издадената от Комисията по финансов надзор лицензия за осъществяване на застрахователна дейност, обхващаща и дейност по клас застраховка „Обща гражданска отговорност”.

При условията на чл. 67, ал. 6 от ЗОП, във връзка с чл. 195 от ЗОП при сключване на договор избраният изпълнител, следва да се представи заверено актуално копие от лиценза.

9.2.Изисквания относно икономическото и финансовото състояние на участниците:

Възложителят не поставя изисквания към икономическото и финансовото състояние на участниците в процедурата.

9.3.Изисквания относно техническите възможности на участниците – технически и професионални способности:

Възложителят не поставя изисквания към техническите и професионални способности на участниците в процедурата.

**10. Съдържание на офертата. Всяка оферта трябва да съдържа:**

10.1. Опис на документите, съдържащи се в офертата;

10.2.Изрично пълномощно, ако офертата се подава от пълномощник, а не от законовия представител на участника (оригинал или нотариално заверено копие);

10.3.Представяне на участника, включващо административни сведения за участника, което включва посочване на единен идентификационен код по чл. 23 от Закона за търговския регистър, БУЛСТАТ и/или друга идентифицираща информация в съответствие със законодателството на държавата, в която кандидатът или участникът е установен, както и адрес, включително електронен, за кореспонденция при провеждането на поръчката /*Приложение № 1*/;

10.4. Списък на всички задължени лица по смисъла на чл. 54, ал. 2 и чл. 55, ал. 3 от ЗОП.

10.5. Декларация по чл. 97, ал. 5 от ППЗОП за обстоятелствата по чл. 54, ал. 1, т. 1, 2 и 7 от ЗОП - *Приложение № 2;*

10.6. Декларация по чл. 97, ал. 5 от ППЗОП за обстоятелствата по чл. 54, ал. 1, т. 3-5 от ЗОП - *Приложение № 3;*

10.7. Декларация по чл. по чл. 3, т. 8 и чл. 4 от ЗИФОДРЮПДРСТДС – *Приложение № 4;*

10.8. Декларация по чл. чл. 69 от ЗПКОНПИ - *Приложение № 5;*

10.9. **Техническо предложение, което съдържа:**

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

10.9.2. Предложение за изпълнение на поръчката в съответствие с техническата спецификация, изготвено по *Приложение № 6*

10.10**. Ценово предложение** на участника относно цената за придобиване на медицински ръкавици, изготвено по *Приложение №7* "Ценово предложение”, на хартиен носител, поставено в отделен запечатаннепрозрачен плик с надпис "Предлагани ценови параметри".

**Оферти, които не отговарят на изискванията на Възложителя, ще бъдат отстранявани.**

**11. Срок, време и място за предоставяне на офертата:**

Всеки участник има право да представи само една оферта, като не се приемат варианти на офертата. При изготвяне на офертата всеки участник трябва да се придържа точно към обявените от възложителя условия.

Оферти се представят от участника или от упълномощен от него представител - лично или чрез пощенска или друга куриерска услуга с препоръчана пратка с обратна разписка всеки работен ден до крайния срок за подаване на офертите - **16:30 ч. на 21.01.2019 г.** в сектор „Договори и договорни партньори”, УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ"ЕАД, ул."Бяло море"№ 8.

При изготвяне на офертата всеки участник трябва да се придържа точно към обявените от възложителя условия. До изтичането на срока за подаване на офертите всеки участник в процедурата може да промени, допълни или да оттегли офертата си.

В случай, че до изтичане на крайния срок за подаване на офертите са получени по-малко от три оферти, на основание чл. 188, ал. 2 от ЗОП първоначално определения срок за подаване на оферти ще бъде удължен по законоустановения ред.

Офертата се предоставя в запечатана непрозрачна опаковка, върху която се изписват адреса на Възложителя и предмета на настоящата обществена поръчка. Посочват се наименованието на участника, /включително участниците в обединението, когато е приложимо/, адрес за кореспонденция, телефон и по възможност - факс и електронен адрес, наименованието на поръчката за която се подава офертата.

12. Време и място на отваряне на офертите:

Отварянето на офертите ще се извърши на **22.01.2019 г. от 10:00 ч.** в заседателната зала на изпълнителния директор. Отварянето на офертите е публично и на него могат да присъстват участниците в процедурата или техни упълномощени представители.

**13.** **Разглеждане на офертите:**

След изтичането на срок/а/овете за получаване на оферти, изпълнителният директор със заповед определя нечетен брой лица /комисия/, които да разгледат и оценят получените оферти. Комисията отваря по реда на тяхното постъпване запечатаните непрозрачни опаковки и оповестява тяхното съдържание. Протоколът за разглеждането и оценката на офертите и за класирането на участниците, изготвен от Комисията, се представя на изпълнителния директор за утвърждаване, след което в един и същи ден се изпраща на участниците и се публикува в Профила на купувача.

**14*.* Сключване на договор:**

С избрания изпълнител ще бъде сключен **застрахователния договор за срок от 12 месеца, като** предложението за изпълнение на поръчката ще бъде включено като добавък към издадената застрахователна полица.

При сключване на договора определеният за изпълнител представя документи, издадени от компетентен орган, за удостоверяване липсата на основания за отстраняването му.

По неуредените въпроси от обявата ще се прилагат разпоредбите на ЗОП и ППЗОП и приложимите разпоредби на действащото законодателство в Република България.

**Раздел III**

**Критерий за възлагане.**

Класирането на допуснатите участници ще се извърши за всяка обособена позиция въз основа на икономически най-изгодна оферта, определена въз основа на избрания критерий за възлагане «най-ниска цена».

**Раздел IV.**

**ТЕХНИЧЕСКА СПЕЦИФИКАЦИЯ**

**ЗАСТРАХОВКА «Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД»**

1. Подлежащите на застраховане лица, упражняващи медицинска професия, са разпределени в рискови групи в зависимост от изпълняваните дейности в обхвата на съответната специалност, както следва:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Първа група** | **Втора група** | **Трета група** |
| Вирусология - **2 бр.** | Авиационна медицина - **НЕ** | Акушерство и гинекология **- НЕ** |
| Клинична алергология - **НЕ** | Вътрешни болести - **НЕ** | Ангиология **- НЕ** |
| Клинична имунология - **НЕ** | Гастроентерология **– 24 бр.** | Анестезиология и интензивно лечение – **17 бр.** |
| Клинична лаборатория – **4 бр.** | Гериатрична медицина **- НЕ** | Гръдна хирургия**- НЕ** |
| Клинична фармакология и терапия **– 1 бр.** | Детска гастроентерология **- НЕ** | Детска кардиология**- НЕ** |
| Физикална и рехабилитационна медицина -**6 бр.** | Детска ендокринология и болести на обмяната - **НЕ** | Детска клинична хематология и онкология **– 16 бр.** |
| Микробиология **– 3 бр.** | Детска неврология **- НЕ** | Детска хирургия**- НЕ** |
| Медицинска генетика **НЕ** | Детска нефрология и хемодиализа - **НЕ** | Кардиология **– 22 бр.** |
| Медицинска паразитология **НЕ** | Детска пневмология и фтизиатрия - **НЕ** | Кардиохирургия**- НЕ** |
| Съдебна медицина - **1 бр**. | Детска психиатрия **- НЕ** | Клинична токсикология**- НЕ** |
| Професионални болести - **НЕ** | Детска ревматология **- НЕ** | Лицево-челюстна хирургия**- НЕ** |
| Спортна медицина - **НЕ** | Ендокринология и болести на обмяната **– 9 бр.** | Медицинска онкология **– 11 бр.** |
| Дентална медицина - **НЕ** | Инфекциозни болести - **- НЕ** | Неврохирургия **– 10 бр.** |
| Фармация | Кожни и венерически болести - **- НЕ** | Неонатология**- НЕ** |
| Медицинска професия от професионално направление "Здравни грижи" – **348 бр.** | Нервни болести **– 26 бр.** | Ортопедия и травматология – **15 бр.** |
| Неклинични специалности - **7 бр.** | Нефрология **– 10 бр.** | Пластично-възстановителна и естетична хирургия - **НЕ** |
|  | Обща медицина -  **НЕ** | Спешна медицина – **24 бр.** |
|  | Очни болести – **12 бр.** | Съдова хирургия - **-НЕ** |
|  | Педиатрия **– 1 бр.** | Ушно-носно-гърлени болести **– 32 бр.** |
|  | Пневмология и фтизиатрия -  **НЕ** | Хирургия – **19 бр.** |
|  | Психиатрия **– 1 бр.** |  |
|  | Ревматология -  **НЕ** |  |
|  | Съдебна психиатрия **- НЕ** |  |
|  | Трансфузионна хематология **– 3 бр.** |  |
|  | Урология **– 7 бр.** |  |
|  | Лъчелечение **– 10 бр.** |  |
|  | Клинична хематология**- НЕ** |  |
|  | Нуклеарна медицина**- НЕ** |  |
|  | Образна диагностика **– 11 бр.** |  |
|  | Обща и клинична патология **– 2 бр.** |  |

Общо за първа група – 375 бр.

Общо за втора група – 117 бр.

Общо за трета група – 166 бр.

2. Застраховащ – застраховката ще се сключи от името и за сметка на УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД.

3. Обхват на застрахователното покритие:Застрахователят следва да осигури застрахователно покритие и обезщети застрахования, както и лечебното заведение, в случай че искът бъде насочен срещу болницата, за всички суми до размера на договорените лимити на отговорност, които Застрахованият или лечебното заведение въз основа на съдебно решение или постигнато споразумение бъде задължен да плати като обезщетение по предявени искове за причинените вреди на трети лица, произтичащи от виновно неизпълнение на професионалните задължения, вкл. от грешка, пропуск или небрежност.

4.Лимити на отговорност **-** съгласно изискванията на Наредба за задължителното застраховане на лицата, упражняващи медицинска професия (в сила от 28.09.2018г.).

5. Начин на плащане: на 4 /четири/ равни вноски, без оскъпяване.

6. В офертата за застраховане да са подробно описани покритите рискове и изключенията, както и да се приложат общи условия по застраховката.

7**.** Застрахователният договор следва да бъде сключен, като не се предвижда необходимост от дозастраховане след изплащане на обезщетение, независимо от размера на изплатените обезщетения.

8. Да не се предвиждат отстъпки**/** бонуси, които да бъдат изискуеми и дължими към застрахователя при настъпване на застрахователно събитие.

9.Застрахователят следва да декларира, че осигурява застрахователно покритие за всички претенции, произтичащи от събития, настъпили през срока на действие на застрахователната полица, независимо от това кога е предявена такава претенция в рамките на предвидената в закона погасителна давност, както и независимо от това дали към момента на предявяване на иска се поддържа застраховка „Професионална отговорност“ при същия застраховател.

10**.** В случай на изплатено от застрахователя обезщетение за покрит по полицата риск, застрахователят да декларира, че няма да предявява регрес към служител на **УМБАЛ** „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД за упражняваната от тях дейност.

****11. Срок на застрахователният договор 12 месеца, считано от**** 00:00 часа на 22.03.2019 г.

12. Срок на валидност на офертата – до 30.04.2019 г.

13. Информация за участниците:

13.1. Към датата на публикуване на обявата за събиране на оферти, Възложителят има действащ застрахователен договор сключен със ЗК „Лев Инс” АД, с период от 22.03.2018 г. до 21.03.2019 г.;

13.2.Брой пациенти преминали през лечебното заведение за една година – 65956 бр., от тях 21056 хоспитализирани;

13.3. В лечебното заведение се използва рентгенова апаратура;

13.4. На лечебното заведение не е отказвано искане за сключване на застраховка и не е предсрочно прекратявана сключена застраховка „Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия”;

13.5. Към датата на публикуване на обявата за събиране на оферти за изпълнение на поръчката не са известни обстоятелства, които биха могли да предизвикат евентуални искове срещу лечебното заведение.

**Раздел V. ОБРАЗЦИ НА ДОКУМЕНТИ**

*Приложение № 1*

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
| **ПРЕДСТАВЯНЕ НА УЧАСТНИКА** | |
| във връзка с участие в поръчка, възлагана чрез публикуване на обява за събиране на оферти по реда на Глава 26 от ЗОП с предмет **„Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД”** | |
|  | |
| Наименование на участника: |  |
| ЕИК/БУЛСТАТ/ЕГН |  |
| (или друга идентифицираща информация в съответствие със законодателството на държавата, в която участникът е установен) |  |
| Седалище: |  |
| - пощенски код, населено място: |  |
| - ул./бул. №, блок №, вход, етаж: |  |
| Адрес за кореспонденция: |  |
| - пощенски код, населено място: |  |
| - ул./бул. №, блок №, вход, етаж: |  |
| Телефон: |  |
| Факс: |  |
| E-mail адрес: |  |
| (в случай че участникът е обединение, информацията се попълва за всеки участник в обединението, като се добавя необходимият брой полета) | |
| Лица, представляващи участника по учредителен акт: | |
| (ако лицата са повече от едно, се добавя необходимият брой полета) | |

|  |  |
| --- | --- |
| Трите имена, ЕГН, лична карта №, адрес |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Трите имена, ЕГН, лична карта №, адрес |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Трите имена, ЕГН, лична карта №, адрес |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Участникът се представлява заедно или поотделно (невярното се зачертава) от следните лица: | 1. ............................................................... |
|  | 2. ............................................................... |
| Данни за банковата сметка: |  |
| Обслужваща банка:.............................................................................................................................................................. |  |
| IBAN............................................................................................................................................................................................................................. |  |
| BIC............................................................................................................................................................................................................................... |  |
| Титуляр на сметката:.............................................................................................................................................................................................................. |  |

Дата: ........................2019 г. ДЕКЛАРАТОР:…………………………

/подпис и печат/

*Приложение № 2*

*ДЕКЛАРАЦИЯ*

по чл. 97, ал. 5от ППЗОП  
(за обстоятелствата по чл. 54, ал. 1, т. 1, 2 и 7 от Закона за обществените поръчки)

Долуподписаният /-ната/ ................................................................................, с ЕГН ................................., л.к.№ ............................. издадена на ......................... в

в качеството ми на......................................................................... на ................................... (*посочва се фирмата, която представлявате*), с ЕИК………………...............................,

във връзка с участие в поръчка, възлагана чрез публикуване на обява за събиране на оферти по реда на Глава 26 от ЗОП с предмет **„Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД”**

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:**

1. Не съм осъден с влязла в сила присъда по чл.108а, чл.159а-159г, чл.172, чл.192а, чл.194-217, чл.219-252, чл.253-260, чл.301-307, чл.321 и 321а, чл.352-353е от Наказателния кодекс;

2. Не съм осъден с влязла в сила присъда за аналогично на т. 1 престъпление в друга държава-членка или трета страна;

3. Не е налице конфликт на интереси, който не може да бъде отстранен.

Известна ми е отговорността по чл.313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.

Дата:........................2019 г. ДЕКЛАРАТОР:…………………………

/подпис и печат/

*Приложение № 3*

*ДЕКЛАРАЦИЯ*

по чл. 97, ал. 5 от ППЗОП

(за обстоятелствата по чл. 54, ал. 1, т. 3 - 5 от Закона за обществените поръчки)

Долуподписаният /-ната/ ................................................................................, с ЕГН ............................, л.к.№ ........................ издадена на ........................ в качеството ми на....................................................................................................... на ........................................... (*посочва се фирмата, която представлявате*), с ЕИК …………………...., във връзка с участие в поръчка, възлагана чрез публикуване на обява за събиране на оферти по реда на Глава 26 от ЗОП с предмет **„Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД”**

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

1. Представляваният от мен участник:

1.1 Няма задължения за данъци и задължителни осигурителни вноски по смисъла на чл. 162 ал. 2, т. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс и лихвите по тях, към държавата или към общината по седалището на Възложителя и на представлявания от мен участник или аналогични задължения, установени е акт на компетентен орган, съгласно законодателството на държавата, в която представлявания от мен участник е установен.

1.2. Нямам задължения за данъци и задължителни осигурителни вноски по смисъла на чл. 162 ал. 2, т. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс и лихвите по тях, към държавата или към общината по седалището на възложителя и на представлявания от мен участник или аналогични задължения, установени е акт на компетентен орган, съгласно законодателство на държавата, в която представлявания от мен участник е установен.

2. За представляваният от мен участник не е налице неравнопоставеност в случаите по чл 44 ал. 5 от ЗОП.

3. Представляваният от мен участник не е представил документ с невярно съдържание, свързан с удостоверяване липсата на основания за отстраняване или изпълнението на критериите за подбор.

4. Участникът, който представлявам е предоставил изискващата се информация, свързана с удостоверяване условията, на които следва да отговарят участниците, (включително изискванията за финансови и икономически условия, технически способности и квалификация когато е приложимо).

Известна ми е отговорността по чл.313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.

Дата:........................2019 г. ДЕКЛАРАТОР:…………………………

/подпис и печат/

*Приложение № 4*

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

по чл. 3, т. 8 и чл. 4 от ЗИФОДРЮПДРСТДС

Долуподписаният /-ната/, с ЕГН ................................, л.к.№ .................... издадена на .......................... от МВР - ......................................, в качеството ми на ................................. на ............................................................. (*посочва се фирмата, която представлявате*), с ЕИК …………………, във връзка с участието на дружеството (обединението) в откритата процедура с предмет **„Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД”**

**ДЕКЛАРИРАМ, че:**

1. Представляваното от мен дружество **е /не** е регистрирано в юрисдикция с

/ненужното се зачертава/

преференциален данъчен режим, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Представляваното от мен дружество **е / не е** свързано с лица, регистрирани в

/ненужното се зачертава/

юрисдикции с преференциален данъчен режим, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Представляваното от мен дружество попада в изключението на **чл. 4, т.**

от Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици.

Забележка: Тази точка се попълва, ако дружеството е регистрирано в юрисдикция с преференциален данъчен режим или е свързано с лица, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим.

4. Запознат съм с правомощията на възложителя по чл. 6, ал. 4 от Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици.

Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.

Дата:........................2019 г. ДЕКЛАРАТОР:…………………………

/подпис и печат/

*Приложение № 5*

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**за отсъствие на обстоятелствата по чл. 69 от Закона за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобито имущество**

Долуподписаният/-ата ................................................................................................,

*(трите имена)*

в качеството ми на ....................................................................................................................

*(посочете длъжността)*

на .......................................................................................................................................,

*(посочете наименованието на участника)*

ЕИК/БУЛСТАТ ......................................................... - участник в общественa поръчка - събиране на оферти с обява с предмет:**„Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД”**

**Д Е К Л А Р И Р А М, че:**

1. За мен не са налице ограниченията посочени в чл. 69, ал. 1 от Закона за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобито имущество.

2. За юридическото лице, което представлявам не е налице ограничението по чл. 69, ал. 2 от Закона за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобито имущество.

Известна ми е предвидената в чл. 313 от Наказателния кодекс отговорност за деклариране на неверни данни.

......................................г. **Декларатор:** ........................................

*(дата на подписване) (подпис и печат)*

***Забележка:*** *Декларацията се попълва съгласно изискванията на чл. 97, ал. 6 от ППЗОП.*

*Съгласно чл. 69 от Закона за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобито имущество**:*

*(1) Лице, заемало висша публична длъжност, което в последната една година от изпълнението на правомощията или задълженията си по служба е участвало в провеждането на процедури за обществени поръчки или в процедури, свързани с предоставяне на средства от фондове, принадлежащи на Европейския съюз или предоставени от Европейския съюз на българската държава, няма право в продължение на една година от освобождаването си от длъжност да участва или да представлява физическо или юридическо лице в такива процедури пред институцията, в която е заемало длъжността, или пред контролирано от нея юридическо лице.*

*(2) Забраната за участие в процедури за обществени поръчки или в процедури, свързани с предоставяне на средства от фондове, принадлежащи на Европейския съюз или предоставени от Европейския съюз на българската държава, се прилага и за юридическо лице, в което лицето по ал. 1 е станало съдружник, притежава дялове или е управител или член на орган на управление или контрол след освобождаването му от длъжност.*

*Приложение № 6*

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА**

От ………………………….........................................................................................(*наименование на участника*), ЕИК …………………… , представлявано от…………………………… …………………………………….….......................................................................................... *(имената на законния или упълномощен представител),* ЕГН ............................................, лична карта № ........................................................, издадена на ............................................. от ..........................................., участник при възлагане на обществена поръчка с предмет: **„Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД,**

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

Запознати сме с предмета на поръчката и условията, заложени в обявата за събиране на оферти и ги приемаме без възражения.

1. Запознати сме, че:

1.1. Възложителят ще сключи застрахователен договор за задължителна застраховка „Професионална отговорност“ (Застраховка/ Застраховката) от свое име в полза на трето ползващо се лице. В случаите на застрахователно събитие третото ползващо се лице по застрахователния договор ще има право да получи застрахователното обезщетение и всички права по застрахователния договор.

1.2. Застраховката ще покрива отговорността, както на Възложителя като юридическо лице, така и на лицата, представляващи юридическото лице, и на лицата в трудови правоотношения с него.

1.3. Правата и задълженията по Застраховката ще се погасяват с 5-годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователно събитие.

1.4. Поемаме определен риск срещу плащане на премия и при настъпване на застрахователно събитие да заплатим застрахователно обезщетение или сума.

1.5. В случаите на застрахователно събитие третото ползващо се лице по застрахователния договор ще получи застрахователното обезщетение или сума и всички права по застрахователния договор.

1.6. В случаите на застрахователно събитие ще покрием (в границите на определената в застрахователния договор застрахователна сума) отговорността на застрахования за причинените от него на трети лица имуществени и неимуществени вреди, които са пряк и непосредствен резултат от застрахователното събитие, както и за неизпълнението на негово договорно задължение, в това число и пропуснати ползи, които представляват пряк и непосредствен резултат от непозволено увреждане; лихви за забава, когато застрахованият отговаря за тяхното плащане пред увреденото лице при условията на чл. 429, ал. 3 от КЗ. В рамките на застрахователната сума (лимита на отговорност) ще заплатим и разноските, присъдени в полза на увреденото лице по съдебни дела, водени срещу застрахования за установяване на неговата отговорност, когато сме привлечени в процеса.

1.7 В случаите на застрахователно събитие ще покрием сумите в договорените лимити, които лечебното заведение с влязло в сила съдебно решение или подлежащо на принудително изпълнение осъдително въззивно решение е отговорно да заплати на трети лица - пациенти за вреди, причинени от лицата упражняващи медицинска професия, работещи под негово ръководство при осъществяване на медицинска дейност. В рамките на застрахователната сума (лимита на отговорност) ще заплатим и разноските, присъдени в полза на увреденото лице по съдебни дела, водени срещу лечебното заведение за установяване на неговата отговорност, когато сме привлечени в процеса.

1.8. Броят на лицата, подлежащи на застраховане, които ще бъдат включени в Застраховката, е на база действащи трудови договори с Възложителя към момента на сключване на застрахователния договор.

1.9. Съгласни сме преди сключване на застрахователната полица, Възложителят да предостави поименен списък на лицата упражняващи медицинска професия.

1.10. При настъпване на застрахователно събитие Възложителя ще ни предостави документ, удостоверяващ наличието на трудов договор със застрахования служител към датата на настъпване на съответното застрахователно събитие.

1.11. Застрахователната премия няма да се променя при нарастване до 20 % на броя на подлежащите на застраховане лица, посочени по групи в техническата спецификация..

1.12. Задължението ни по отношение на новопостъпил служител при възложителя ще започва от 00:00 часа в деня на назначаването на лицето, без заплащане на допълнителна премия, до достигане на посочения брой на застрахованите лица.

1.13. Самоучастие на застраховано лице при настъпване на застрахователно събитие няма да се прилага.

1.14. Запознати сме, че към настоящия момент Възложителят има сключен застрахователен договор със срок на действие до 24:00 часа на 21.03.2019 г. включително. В случай на определянето ни за изпълнител сме съгласни да сключим договор не по-рано от 00:00 часа на 22.03.2019 г., като същият ще бъде със срок на действие 12 месеца.

1.15. В случай че застрахователният договор се сключи след 00:00 часа на 22.03.2019 г. сме съгласни застраховката да е с ретроактивно покритие. В този случай ретроактивното покритие ще е за периода преди датата на сключване на договора, а именно считано от 00:00 часа на 22.03.2019 г.

1.18. Застрахователната полица няма да съдържа клаузи за:

а) самоучастие на застрахования;

б) подлимити на отговорност;

в) дозастраховане след изплащане на застрахователно обезщетение, независимо от неговия размер.

2. Съгласно Приложение № 2 към чл. 10, ал. 2 от Наредба за задължителното застраховане на лицата, упражняващи медицинска професия, приета с ПМС № 208 от 25.09.2018 г., обн. ДВ. бр.80 от 28 Септември 2018г.,предлагаме годишни застрахователни суми за едно лице, упражняващо медицинска професия, за едно събитие и агрегиран лимит на отговорност за едно лице за всички събития за една година, в зависимост от вида на упражняваната дейност и рисковата група, както следва:

|  |
| --- |
| Първа група - 375 бр.: За едно събитие/ един иск насочен към едно застраховано лице упражняващо медицинска професия или насочен към УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД – 50 000.00 лв.; Агрегатен лимит на отговорност за едно застраховано лице/ УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД за всички събития/искове за срока на застраховката – 100 000.00 лв. |
| Втора група - 117 бр.: За едно събитие/ един иск насочен към едно застраховано лице упражняващо медицинска професия или насочен към УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД – 100 000.00 лв.; Агрегатен лимит на отговорност за едно застраховано лице/ УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД за всички събития/искове за срока на застраховката – 200 000.00 лв. |
| Трета група - 166 бр.: За едно събитие/ един иск насочен към едно застраховано лице упражняващо медицинска професия или насочен към УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД – 150 000.00 лв.; Агрегатен лимит на отговорност за едно застраховано лице/ УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД за всички събития/искове за срока на застраховката – 300 000.00 лв. |

3. Срок на изплащане на застрахователно обезщетение или сума при настъпване на застрахователното събитие - не по-дълъг от 15 работни дни след представяне на необходимите документи, изискани от Застрахователя (чл. 108, ал. 1 от КЗ)

4. В съответствие с изискванията на възложителя, прилагаме следното подробно описание на всички покрити рискове и изключенията по Застраховката:

4.1. Застраховката покрива/ включва: .............................................................................................................

4.2. Застраховката не покрива/ не включва: ...................................................................................................

5. Прилагаме общи условия по Застраховката, съдържащи ........................ страници ( *с думи*.................................................).

6. Съгласяваме се че, при разлики/непълноти между Общите условия и настоящото предложение, оферираните от нас по-горе условия ще се считат за предвидени особени условия за изпълнение на поръчката. В случай, че бъдем избрани за изпълнител на обществената поръчка, застрахователният договор ще съчетава възприетите общи условия и уговорените особени такива, като при несъответствие между тях ще се предпочитат особените условия.

7. Декларирам, че ще осигурим застрахователно покритие за всички претенции, произтичащи от събития, настъпили през срока на действие на застрахователната полица, независимо от това кога е предявена такава претенция в рамките на предвидената в закона погасителна давност, както и независимо от това дали към момента на предявяване на иска се поддържа застраховка „Професионална отговорност“ при същия застраховател.

8. Декларирам, че в случай на изплатено от застрахователя обезщетение за покрит по полицата риск, застрахователят няма да предявява регрес към служител на **УМБАЛ** „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД, за упражняваната от него дейност.

9. Декларирам, че срокът на валидност на офертата за изпълнение на поръчката е до 30.04.2019 г.

*Задължаваме се да включим настоящото предложение за изпълнение на поръчката като добавък към издадената от нас застрахователна полица.*

Известна ми е отговорността по чл. 313 от НК за посочване на неверни данни.

........................ …………… ..........................................

дата /........................................./

*Име и фамилия - Подпис на лицето (и печат)*

*Приложение № 7*

**ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

За участие в обществена поръчка с предмет: „Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД”

Подписаният/ата……………………………………………………............................,

*(трите имена)*

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

*(длъжност)*

на ..............................................................................................................................................., *(наименование на участника)*

ЕИК/БУЛСТАТ.........................................................................................................................,

С настоящото Ви представям нашето ценово предложение за изпълнение на обществена поръчка с предмет **„Професионална отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия в УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД”**.

Минимални годишни застрахователни суми (в лв.) за едно лице, упражняващо медицинска професия, за едно събитие и минимален агрегиран лимит на отговорност за едно лице за всички събития за една година, в зависимост от вида на упражняваната дейност и рисковата група**.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № ред | **Лимит на отговорност по групи:** | **ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ** |
| **I** | **ПОКРИТИЕ** |  |
| 1 | **Първа група** - **375 бр.:** За едно събитие/ един иск насочен към едно застраховано лице упражняващо медицинска професия или насочен към УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД – 50 000.00 лв.; Агрегатен лимит на отговорност за едно застраховано лице за всички събития/искове към УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД за срока на застраховката – 100 000.00 лв. | ................. лв.с включен ДЗП |
| 2 | **Втора група** - **117 бр.:** За едно събитие/ един иск към един застрахован – 100 000.00 лв.; Агрегатен лимит за всички събития/искове към УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД за срока на застраховката – 200 000.00 лв. | ................. лв. с включен ДЗП |
| 3 | **Трета група** - **166 бр.:** За едно събитие/ един иск към един застрахован – 150 000.00 лв.; Агрегатен лимит за всички събития/искове към УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД за срока на застраховката – 300 000.00 лв. | ................. лв. с включен ДЗП |
| **Обща предложена цена с включен ДЗП** | | **.................... лв.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | ........................./........................../....................... |
| Име и фамилия | ............................................................................. |
| Подпис и печат | ............................................................................. |