**ТЕХНИЧЕСКО ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

**за**

**Извършване контрол на качеството на ренгеновата диагностична апаратура в СБАЛ по детски болести „Проф. Иван Митев“ ЕАД съгласно Наредба № 2 на МЗ за условията и реда за осигуряване защита на лицата при медицинско облъчване**

**от …………………………………….**

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДА,**

 С настоящото Ви представяме нашето предложение за изпълнение за **Извършване контрол на качеството на ренгеновата диагностична апаратура в СБАЛ по детски болести „Проф. Иван Митев“ ЕАД съгласно Наредба № 2 от 05.02.2018 г. на МЗ за условията и реда за осигуряване защита на лицата при медицинско облъчване**

**ДЕКЛАРИРАМ:**

1. Съгласен съм със срокът за изпълнение на поръчката и начините на плащане посочени в поканата.
2. Място на изпълнение на услугата: СБАЛ по детски болести „Проф. Иван Митев“ ЕАД с адрес: гр. София 1606, бул. „Акад. Иван Евстратиев Гешов“
3. Срок на валидност на офертата: 90 дни.
4. Ще извършваме периодичен контрол на качеството на ренгеновата диагностична апаратурасъгласно Наредба № 2 от 5 февруари 2018 г. на МЗ, както следва:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ренгенова уредба за графични изследвания Quantum -1 бр. |
| 2. | Ренгенова уредба за скопични изследвания Емаспекта – 1 бр. |
| 3. | Мобилна ренгенова уредба за графии – 3 бр. |
| 4. | Система за визуализация на образа; касети и диагностичен монитор -1 бр. |

1. Гарантираме, че сме в състояние да изпълним качествено поръчката в пълно съответствие с гореописаната оферта.

**ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

**ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

**Извършване контрол на качеството на ренгеновата диагностична апаратура в СБАЛ по детски болести „Проф. Иван Митев“ ЕАД съгласно Наредба № 2 на МЗ за условията и реда за осигуряване защита на лицата при медицинско облъчване**

**от …………………………………….**

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДА,**

 С настоящото Ви представяме нашето ценово предложение за извършване контрол накачеството на ренгеновата диагностична апаратура в СБАЛ по детски болести „Проф. Иван Митев“ ЕАД съгласно Наредба № 2 от 05.02.2018 г. на МЗ за условията и реда за осигуряване защита на лицата при медицинско облъчване

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Вид апарат** | **количество**  | **Мерна единица** | **Годишна такса за апарат** |
| 1. | Ренгенова уредба за графични изследвания Quantum | 1 | бр |  |
| 2. | Ренгенова уредба за скопични изследвания Емаспекта | 1 | бр |  |
| 3. | Мобилна ренгенова уредба за графии | 3 | бр |  |
| 4. | Система за визуализация на образа; касети и диагностичен монитор | 1 | бр |  |
|  |  | Обща годишна такса за всички апарати |  |  |

*Забележка: Годишна такса за апаратите включва. всички необходими дейности по периодични измервания, изпитвания и проверки*

Обща стойност на предложението за 24 месеца: …………………… - цифром лв. /…………………...………… - словом/ без ДДС, …………………… - цифром лв. /…………………........………… - словом/ с ДДС.

При така предложените от нас условия, в нашата ценова оферта сме включили всички разходи, свързани с качественото изпълнение на поръчката.

Гарантираме, че сме в състояние да изпълним качествено поръчката в пълно съответствие с гореописаната оферта.

**ДАТА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

**ПОДПИС и ПЕЧАТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**