Образец № 10

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СПИСЪК - ДЕКЛАРАЦИЯ | | | | | | |
| за кадровия състав на лечебното заведение, който ще участва при изпълнение на | | | | | | |
| поръчката | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Подписаният/ата  .............................................................................................................................................................. | | | | | | |
| (трите имена) | | | | | | |
| данни по документ за самоличност  ............................................................................................................................................................. | | | | | | |
| (номер на лична карта, дата, орган и място на издаването) | | | | | | |
| в качеството си на ................................................ на ......................................................... | | | | | | |
| (длъжност) (наименование на участника) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| участник в процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: **„Избор на изпълнител за провеждане на задължителни профилактични периодични медицински прегледи на работниците и служителите на Медицински университет-София“,** заявявам: | | | | |
| 1. Специалистите, с които предлагам да изпълним обществената поръчка в съответствие с изискванията на възложителя, са: | | | | | | |
| Лекар/специалист (три имена) | Образование (степен, година на дипломиране, № на диплома, учебно заведение) | | | Специалност (година на придобиване, № на диплома, учебно заведение) | |
| 1. |  | | |  | |
| 2. |  | | |  | |
| 3. |  | | |  | |
| 4. |  | | |  | |
| 5. |  | | |  | |
| 6. |  | | |  | |
| 2. 2. През целия период на изпълнение на обществената поръчка, ако същата ни бъде възложена, ще осигурим участие на посочените по-горе лекари/специалисти. | | | | | | | |
| **Дата:....................................**  **Подпис и печат:............................................** | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | |