

Наименование на участника:
"Медицински центрове Фи Хелт"
АД гр. София

Седалище по регистрация: гр.
София ул. "Проф. Александър
Фол" № 2 вх. В, ет. 1

BIC: 1...

IBAN: 1 212073312 1

Булстат номер: 201327314

Точен адрес за кореспонденция:
гр. София 1700, ул. "Проф.
Александър Фол" № 2 вх. В, ет. 1

(държава, град, пощенски код, улица, №)

Телефонен номер: 02 / 445 6666

Факс номер: 02 / 4445 6669

Лице за контакти: Татяна
Иванова

e mail: medc@sofia.fihealth.bg

ДО
НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА
КАСА
гр. София
ул. „Кричим“ № 1

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ОБЩЕСТВЕНА ПОРЪЧКА

Наименование на поръчката:	„Извършване на профилактичен преглед на очите и оценка на състоянието на зрението на служителите на ЦУ на НЗОК, работещи с видеодисплей“
----------------------------	--

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН УПРАВИТЕЛ,

Във връзка с публикувана обява на № 09 - 02 - 30 / 11.09.2017 г. в портала за обществени поръчки за изпълнение на обществена поръчка с предмет: „Извършване на профилактичен преглед на очите и оценка на състоянието на зрението на служителите на ЦУ на НЗОК, работещи с видеодисплей“ заявяваме, че желаем да извършим услугата при условията, посочени в обявата и приложенията към нея със следното техническо предложение:

1. Услугата ще включва извършването на офталмологични профилактични прегледи на всички служители на ЦУ на НЗОК, които работят с видеодисплеи, както и издаване на документ с медицинско предписание от специалист в случай, че е необходима корекция на зрението на даден служител на ЦУ на НЗОК.

2. Профилактичните офталмологични прегледи ще се извършват съгласно график, изготвен и съгласуван съвместно от нас и възложителя в пет-дневен срок след сключване на договора.

3. Услугата ще се извършва в офталмологичен кабинет, който ще осигурим за собствена сметка.

4. Осигуреният от нас офталмологичен кабинет е на територията на лечебно заведение и/или медицински център, до който служителите на ЦУ на НЗОК ще имат право на достъп.

5. Периода за извършване на прегледите ще бъде в рамките на един месец след съгласуване на план-графика.

Приложения към настоящото предложение (ако има такива):

1.
2.

18.09.2017 год.
дата

Л. 2 от 33 ПА

.....
Подпис и печат

/ Д-р Даниела Чавдарова/
Име и фамилия