ДОМ ЗДРАВЉА МЕДВЕЂА

Адреса: Николе Тесле бр.4

16240 Медвеђа

Тел: 016/891-236, 891-605; Факс: 016/891-236, е-мајл: [pravnik](mailto:pravnik)@dzmedvedja.com

М.Б: 17682547, ПИБ: 104969497

Број набавке: Н -2.2.8/020

Број одлуке: 357

Дaтум: 25.06.2020. године

На основу члана 39. став 2 и став 6. Закона о јавним набавкама («Службени гласник Републике Србије» број 124/2012, 14/2015 и 68/2015), Директор Дома здравља Медвеђа доноси

**О Д Л У К У**

# О ПОКРЕТАЊУ ПОСТУПКА НАБАВКЕ НАРУЏБЕНИЦОМ

**ДОМ ЗДРАВЉА МЕДВЕЂА**

Предмет набавке чији се поступак покреће овом одлуком је **услуга сервисирања стоматолошке опреме и машина**

**Предвиђена вредност набавке 180.417,00 динара без ПДВ-а.**

Средства су предвиђена финансијским планом Дома здравља – конто 425229.

Редни број у плану набавки за 2020 годину – 2.2.8/020

Назив и ознака из општег речника набавке:

Уговор се закључује на период од 12 месеци.

По спроведеном поступку закључује се уговор за предметну набавку на дванаест месеци од дана закључења уговора.

Поступак набавке спроводи радник Дома здравља Медвеђа Зоран Илић. Обавезује се да обезбеди конкуренцију позивајући најмање три лица која су према сазнањима способна да изврше набаку.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

Директор,

др Драган Анђелковић

ОБРАЗАЦ ПОНУДЕ: Н 2.2.8/020

**ПОНУДА**

ЗА НАРУЧИОЦА ПОСЛА:

ДОМ ЗДРАВЉА МЕДВЕЂА

Адреса: Николе Тесле бр.4

16240 Медвеђа

Тел: 016/891-236, 891-605; Факс: 016/891-236, е-мајл: [dzmedvedja@mts.rs](mailto:dzmedvedja@mts.rs)

М.Б: 17682547, ПИБ: 104969497

Број набавке: 2.2.8

Број одлуке: 357 од 25.06.020 године

Понуду доставити до 06.07.2020 године до 12,30 часова

Услуга се наручује по потреби на основу достављених требовања, укупна годишња вредност уговора је 180.417 динара са обрачунатим ПДВ-ом.

Нудимо да извршимо испоруку добара **– услиге одржавања стоматолошке опреме**

У укупном износу без ПДВ-а од :

**[Износ бројем]**

**[Износ словима]**

Прихватамо следећи начин исплате:

По испостављеним рачунима у року од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дана

Обавезујемо се да ће мо испоруку реализовати у року од дана по достављању требовања.

МП.

Потпис овлашћеног лица:

Име и функција потписника:

Назив понуђача:

Адреса и поштански број:

Рачун:

ПИБ:

МАТИЧНИ БРОЈ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОБРАЗАЦ ПОНУДЕ:** N 2.2.8/020 | | | | | | | | |
| **Спецификација – услуга одржавања стоматолошке опреме** | | | | | | | | |
| Цене дати без обрачунатог ПДВ-а | | | | | | | | |
| Количине су оквирно исказане, роба се наручује месечно ( квартално) на основу достављених | | | | | | | | |
| требовања | | | | | | | | |
| Укупна вредност уговора на годишњем нивоу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ динара без ПДВ-а | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Р.бр.** | **Назив артикла** | | **Ј.мере** | **Количина** | | **Цена без ПДВ** | | **Вредност без ПДВ** |
| 1 |  | | ком |  | |  | |  |
| 2 |  | | ком |  | |  | |  |
| 3 |  | | ком |  | |  | |  |
| 4 |  | | ком |  | |  | |  |
|  | | СВЕГА БЕЗ ПДВ\_а: | | | | | |  |
|  | | ПДВ: | | | | | |  |
|  | | УКУПНО СА ПДВ-ом | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  |  |
|  | | НАЗИВ ФИРМЕ | | |  | |  |  |
|  | | АДРЕСА | | |  | |  |  |
|  | | ПИБ | | |  | |  |  |
|  | | МАТИЧНИ БРОЈ | | |  | |  |  |
|  | | ТЕЛЕФОН | | |  | |  |  |
|  | | Е-МАЈЛ АДРЕСА | | |  | |  |  |
|  | | ОДГОВОРНО ЛИЦЕ | | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  |  |

**Уговор се закључује на период од дванаест месеци или до утрошка средства опредељеним за ову набавку.**

***Место:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Датум\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 године.*** МП. Одговорно лице,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ОБРАЗАЦ ИЗЈАВЕ О НЕЗАВИСНОЈ ПОНУДИ***

У складу са чланом 26. Закона, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*уписати назив понуђача*)

даје:

**ИЗЈАВУ**

**О НЕЗАВИСНОЈ ПОНУДИ**

Под пуном материјалном и кривичном одговорношћу потврђујем да сам понуду у поступку јавне **набавке добара – услуга сервисирања стоматолошке опреме.** поднео независно, без договора са другим понуђачима или заинтересованим лицима.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Датум: | М.П. | Потпис понуђача |
|  |  |  |

***Напомена:*** *у случају постојања основане сумње у истинитост изјаве о независној понуди, наручулац ће одмах обавестити организацију надлежну за заштиту конкуренције.Организација надлежна за заштиту конкуренције, може понуђачу, односно заинтересованом лицу изрећи меру забране учешћа у поступку јавне набавке ако утврди да је понуђач, односно заинтересовано лице повредило конкуренцију у поступку јавне набавке у смислу закона којим се уређује заштита конкуренције. Мера забране учешћа у поступку јавне набавке може трајати до две године. Повреда конкуренције представља негативну референцу, у смислу члана 82. став 1. тачка 2. Закона.*

ОБРАЗАЦ ЗА ПОДНОШЕЊЕ ПОДАТАКА ПОНУЂАЧА

# *НАЗИВ ПОНУЂАЧА*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***АДРЕСА ПОНУЂАЧА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***МЕСТО И ПОШТАНСКИ БРОЈ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***е-маил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***ШИФРА ДЕЛАТНОСТИ***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

***МАТИЧНИ БРОЈ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***РЕГИСТАРСКИ БРОЈ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***ПОРЕСКИ ИДЕНТИФИКАЦИОНИ БРОЈ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***ЛИЦЕ ОДГОВОРНО ЗА ПОТПИСИВАЊЕ УГОВОРА:***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Место:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Датум\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 године. МП. Потпис овлашћеног***

***лица,***