

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΕΒΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
Δ/ΝΣΗ Δ/ΚΩΝ & ΟΙΚ/ΚΩΝ ΥΠ/ΣΙΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ, ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟΥ,
ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ & ΑΠΟΘΗΚΗΣ
Τηλέφωνο: 2551064231, Φαξ: 2551064125
Πληροφορίες: Τοπαλούδη Σοφία
Email: sofiatop@alexropolis.gr

Ημερομηνία: 14/01/2020
Αριθμ. Πρωτ: 1105

Προς:
α) Ιατρικό Σύλλογο Ν. Έβρου
β) Ιστοσελίδα Δήμου Αλεξ/πολης
γ) Κεντρικό Ηλεκτρονικό Μητρώο
Δημοσίων Συμβάσεων

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

ΘΕΜΑ: Υποβολή προσφοράς για την παροχή υπηρεσιών Ιατρού Εργασίας Δήμου Αλεξανδρούπολης

Σας ανακοινώνουμε ότι ο Δήμος Αλεξανδρούπολης θα προχωρήσει στην

παροχή υπηρεσιών Ιατρού Εργασίας Δήμου Αλεξανδρούπολης

, με τη διαδικασία της απευθείας ανάθεσης, συνολικού προϋπολογισμού 10.269,70€ €
με ΦΠΑ, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 155/2019 Τεχνική Μελέτη.

| |
|--|
| Ημερομηνία έναρξης υποβολής προσφορών: 15/01/2020. |
|--|

Καλείστε μέχρι και την **22/01/2020**, ημέρα **Τετάρτη** και ώρα **12.00 π.μ.**, να καταθέσετε την προσφορά σας στο γραφείο προμηθειών (105) του Δήμου Αλεξ/πολης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4412/2016.

Ο φάκελος της προσφοράς πρέπει να περιλαμβάνει:

- Τα παρακάτω αναφερόμενα δικαιολογητικά
- Οικονομική Προσφορά.
-

Προς απόδειξη της μη συνδρομής των λόγων αποκλεισμού από διαδικασίες σύναψης δημοσίων συμβάσεων των παρ.1 και 2 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016, παρακαλούμε, μαζί με την προσφορά σας, να μας αποστείλετε τα παρακάτω δικαιολογητικά:

α. Απόσπασμα ποινικού μητρώου (ή ζητά αυτεπάγγελα η υπηρεσία μέσω φωτοτυπίας της αστυνομικής ταυτότητας και κατάθεση υπεύθυνης δήλωσης ως προς την αναζήτηση ποινικού μητρώου με το γνήσιο της υπογραφής). Η υποχρέωση

αφορά ιδίως: αα) στις περιπτώσεις **εταιρειών περιορισμένης ευθύνης (Ε.Π.Ε.) και προσωπικών εταιρειών (Ο.Ε. και Ε.Ε.), τους διαχειριστές**, ββ) στις περιπτώσεις **ανωνύμων εταιρειών (Α.Ε.), τον Διευθύνοντα Σύμβουλο, καθώς και όλα τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.**

β. Φορολογική ενημερότητα

γ. Ασφαλιστική ενημερότητα (άρθρο 80 παρ.2 του Ν.4412/2016)

δ. Εφόσον πρόκειται για νομικό πρόσωπο, αποδεικτικά έγγραφα νομιμοποίησης του νομικού προσώπου (άρθρο 93 του Ν.4412/2016).

ε. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 με την οποία θα δηλώνουν ότι:

- Έλαβαν πλήρη γνώση των όρων της συγγραφής υποχρεώσεων και της τεχνικής περιγραφής, τα οποία αποδέχονται ανεπιφύλακτα.
- Δεν έχουν αποκλεισθεί από διαγωνισμούς του Δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και έχουν δικαίωμα.

στ. Λογαριασμός Τράπεζας (IBAN) για τον ανάδοχο.

- Αντίγραφο πτυχίου
- Βεβαίωση ιδιότητας μέλους του ιατρικού συλλόγου
- Άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος
- Υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/86 σύμφωνα με την παρ.4 του άρ. 79 του ν.4412/2016 ότι πληρούν τις προϋποθέσεις της παρ.2 του άρθρου 79 του ν.4412/2016 και ότι θα προσκομίσουν όποτε τους ζητηθεί , τα απαραίτητα δικαιολογητικά – πιστοποιητικά που εκδίδονται από δημόσιες αρχές ή τρίτα μέρη και επιβεβαιώνουν τα παραπάνω.

**Ο ΑΝΤΙΔΗΜΑΡΧΟΣ
Δ/ΚΗΣ ΜΕΤΑΡ. & ΟΙΚ/ΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

ΚΙΖΙΡΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

