

# **“МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ – ДОБРИЧ” АД**

ДОБРИЧ 9300 □ ул.“Панайот Хитов” 24 □ 058/600488 факс 058/600414 □ e-mail: oblb@bergon.net

Образец 1

ДО  
„МБАЛ –Добрич“ АД , град Добрич

## **ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА УЧАСТИЕ**

### **ПРЕДСТАВЯНЕ НА УЧАСТНИК**

В Конкурс за избор на застраховател за: „Застраховане на движимо и недвижимо имущество, собственост на „МБАЛ-Добрич“ АД, град Добрич, за срок от една година, чрез издаване на застрахователна полица“, обявен с Решение № 1/24.01.2024 г. на изпълнителния директор на „МБАЛ-Добрич“ АД, град Добрич.

Административни данни:

Наименование на участника:..... ЕИК/БУЛСТАТ/ЕГН:

(или друга идентифицираща информация в съответствие със  
законодателството на държавата, в която  
участникът е установен)

Седалище:

– пощенски код, населено място: .....

– ул./бул. №, блок №, вход, етаж: .....

Адрес за кореспонденция:

– пощенски код, населено място: .....

– ул./бул. №, блок №, вход, етаж: .....

Телефон: .....

Факс: .....

<sup>1</sup> Документът се адресира до Изпълнителния директор на „МБАЛ-Добрич“ АД, гр. Добрич, като е достатъчно посочването на длъжност.

<sup>2</sup> Документът е задължителна част от предложението на участника в конкурса.

**“МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ – ДОБРИЧ” АД**

ДОБРИЧ 9300 □ ул.“Панайот Хитов” 24 □ 058/600488 факс 058/600414 □ e-mail: oblb@bergon.net

E-mail адрес: .....

Лица, представляващи участника по учредителен акт:

(ако лицата са повече от едно, се добавя необходимият брой полета)

.....  
Трите имена

Трите имена, ЕГН, лична карта №, адрес

.....  
лична карта №,

.....  
Адрес

.....  
Трите имена

Трите имена, ЕГН, лична карта №, адрес

.....  
лична карта №,

.....  
Адрес

.....  
Трите имена

Трите имена, ЕГН, лична карта №, адрес

.....  
лична карта №,

.....  
Адрес

.....  
Участникът се представлява заедно или 1..... ;  
поотделно (невярното се зачертава) от 2..... ;  
следните лица:.....

Данни за банковата сметка:

Обслужваща банка: .....

IBAN:..... BIC:.....

Титуляр на сметката: .....

**“МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ – ДОБРИЧ” АД**

ДОБРИЧ 9300 □ ул.“Панайот Хитов” 24 □ 058/600488 факс 058/600414 □ e-mail: oblb@bergon.net

УВАЖАЕМИ Д-р Желязков,

Заявяваме, че **желаем да участваме** в обявения от Вас конкурс за застраховане на имущество, собственост на „МБАЛ-Добрич” АД, град Добрич, с горепосочения предмет, в съответствие с документацията за участие, с която се запознахме.

Заявяваме, че **приемаме** конкурсната документация за участие и посочените в нея изисквания за участие.

Заявяваме, че **сме извършили оглед на имуществото**, което подлежи на застраховане до деня на подаване на предложението за участие в конкурса.

Считаме се обвързани от задълженията и условията, поети с предложението за 30 (тридесет) календарни дни, считано от крайния срок за подаването му.

Задължаваме се, при настъпило застрахователно събитие/я, застрахователното обезщетение да се заплаща в срок от 15 (петнадесет) календарни дни от представяне на всички посочени в застрахователната полица документи.

Представяме изискуемите документи за участие.

Дата .....2024 г.

Име и фамилия .....

Подпис на лицето (и печат)<sup>3</sup> .....

---

<sup>3</sup> *Документът се подписва от законния представител на участника или от надлежно упълномощено лице с нотариално заверено пълномощно.*