**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | Αναπτυξιακή Ανώνυμη Εταιρεία Κ. Καραθεοδωρή Δήμου Κομοτηνής -  Κ. Καραθεοδωρή Α.Ε. | | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | Τηλ: | |  | | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: | |  |
| ΑΦΜ | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | | |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3) , που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: συμμετέχω **στην διαδικασία της υπ. αριθμ. πρωτ. 20190220.01/20.02.2019 πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος** τους όρους της οποίας έλαβα γνώση και ανεπιφύλακτα αποδέχομαι στο σύνολό τους και ότι:  (α) δε βρίσκομαι σε κατάσταση σύγκρουσης συμφερόντων του άρθρου 24 του Ν. 4412/2016 σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο αυτό,  (β) δε βρίσκομαι σε καμία από τις καταστάσεις των άρθρων 73 και 74 του Ν. 4412/2016 για τις οποίες οι οικονομικοί φορείς αποκλείονται ή μπορούν να αποκλεισθούν  (γ) πληρώ τα σχετικά κριτήρια επιλογής όπως αυτά καθορίζονται στην παρούσα προκήρυξη.  (δ) ότι σε περίπτωση κατακύρωσης της σύμβασης σε εμένα θα τηρώ τις υποχρεώσεις στους τομείς του περιβαλλοντικού, κοινωνικοασφαλιστικού και εργατικού δικαίου που έχουν θεσπιστεί με το δίκαιο της Ένωσης, το εθνικό δίκαιο, συλλογικές συμβάσεις ή διεθνείς διατάξεις περιβαλλοντικού, κοινωνικοασφαλιστικού και εργατικού δικαίου οι οποίες και απαριθμούνται στο Παράρτημα Χ του Προσαρτήματος Α του Ν. 4412/2016  (ε) ότι, όταν μου ζητηθεί και χωρίς καθυστέρηση, θα προσκομίσω κάθε δικαιολογητικό ή έγγραφο που αποδεικνύει τις πληροφορίες και δηλώσεις που περιλαμβάνονται στη δήλωσή μου και ειδικότερα όλα τα έγγραφα που απαιτούνται ως δικαιολογητικά ανάθεσης σύμφωνα με την παρούσα.  (στ) συναινώ στην επεξεργασία, αποθήκευση και την προβλεπόμενη από το νόμο δημοσιοποίηση των δεδομένων μου (προσωπικών και μη), τα οποία υποβάλλω και γνωρίζω πως η Αναθέτουσα Αρχή υποχρεούται σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία να διατηρεί τα δεδομένα αυτά σε ασφαλή αρχείο (ηλεκτρονικό και φυσικό), εσαεί. | | | | | | | | | | | | | |

Ημερομηνία: …………………….

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙI**

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ**

**Για την ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ(Αρ. Πρωτ. 20190220.01/20-02-2019)**

**για την ανάθεση συμβάσεων παροχής υπηρεσιών για τις ειδικότητες α) ΙΑΤΡΟΣ - ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ , β)ΙΑΤΡΟΣ - ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΣ γ) ΙΑΤΡΟΣ – ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ για την υλοποίηση του πακέτου εργασίας 4: Δράσεις γα την προστασία της υγείας των παιδιών / WP4: Actions for health protection of children και συγκεκριμένα του παραδοτέου 4.2.2 Δράσεις Προληπτικής Ιατρικής στην Ελλάδα /Deliverable 4.2.2 Preventive Medicine Action Greece του έργου με τίτλο: «Integrated Territorial Synergies for Children Health and Protection II – Ολοκληρωμένες Χωρικές Συνέργειες για την υγεία και την προστασία του παιδιού ΙΙ/INTERSYC II» του προγράμματος INTERREG V-A ΕΛΛΑΔΑ-ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ 2014-2020**

**ΕΠΩΝΥΜΙΑ: …………………………………………………**

**ΑΦΜ:……………………………. ΔΟΥ:………………………**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ………………………..……………………………………….**

**ΤΗΛ ……………….., FAX ……………….., E-MAIL………………………**

**ΑΡΜΟΔΙΟΣ /ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : …………………………………………………**

**Προς: Αναπτυξιακή Ανώνυμη Εταιρεία Κ. Καραθεοδωρή Δήμου Κομοτηνής - Κ. Καραθεοδωρή Α.Ε.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΠΑΚΕΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** | **ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ** | **ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ** | **ΑΝΘΡΩΠΟΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** | **ΤΙΜΗ ΑΝΘΡΩΠΟΩΡΑΣ ΜΗ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΥΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΦΠΑ 24%** | **ΤΙΜΗ ΑΝΘΡΩΠΟΩΡΑΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΥΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΦΠΑ 24%** |
| ΠΑΚΕΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 4/WP 4 | ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ 4.2.2 Δράσεις Προληπτικής Ιατρικής στην Ελλάδα /Deliverable 4.2.2 Preventive Medicine Action Greece | Παιδίατρος για τις δράσεις Προληπτικής Ιατρικής στην Ελλάδα (44 ανθρωποημέρες) | 352 |  |  |
| ΠΑΚΕΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 4/WP 4 | ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ 4.2.2 Δράσεις Προληπτικής Ιατρικής στην Ελλάδα /Deliverable 4.2.2 Preventive Medicine Action Greece | Ωτορινολαρρυγολόγος για τις δράσεις Προληπτικής Ιατρικής στην Ελλάδα (44 ανθρωποημέρες) | 352 |  |  |
| ΠΑΚΕΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 4/WP 4 | ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ 4.2.2 Δράσεις Προληπτικής Ιατρικής στην Ελλάδα /Deliverable 4.2.2 Preventive Medicine Action Greece | Οφθαλμίατρος για τις δράσεις Προληπτικής Ιατρικής στην Ελλάδα (44 ανθρωποημέρες) | 352 |  |  |

**Ημερομηνία υποβολής ……-…..-2019**

**Ο ΠΡΟΣΦΕΡΩΝ**

(Υπογραφή και σφραγίδα)