2.pielikums

**PIETEIKUMS DALĪBAI IEPIRKUMĀ**

Iepirkuma identifikācijas Nr. T/RPR/2020/DI-25

 Saskaņā ar iepirkuma **“Bērnu ar funkcionāliem traucējumiem, kuriem ir noteikta invaliditāte, individuālo vajadzību izvērtēšana un individuālo sociālās aprūpes vai sociālās rehabilitācijas plānu izstrāde”** nolikumu, identifikācijas Nr. T/RPR/2020/DI-25 (turpmāk – Nolikums), es, apakšā parakstījies, apliecinu, ka:

1. *<pretendenta nosaukums>* (turpmāk – Pretendents) piekrīt Nolikuma noteikumiem, prasībām un garantē Nolikumā minēto prasību izpildi.
2. Piedāvājumā iekļautās dokumentu kopijas un dokumentu tulkojumi atbilst oriģināliem.
3. Visas piedāvājumā sniegtās ziņas ir patiesas.
4. Pieteikumam pievienotie dokumenti veido šo piedāvājumu, un ir neatņemama tā sastāvdaļa.
5. Pretendents ir iepazinies ar pakalpojuma līguma projektu un piekrīt tā noteikumiem.
6. Pretendents apņemas pakalpojuma līguma slēgšanas tiesību piešķiršanas gadījumā noslēgt pakalpojuma līgumu saskaņā ar šo noteikumu Tehniskajā specifikācijā (1.pielikums) noteiktajām prasībām un saskaņā ar piedāvāto līgumcenu, kā arī pildīt visus pakalpojuma līgumā paredzētos nosacījumus.
7. Pretendentam ir pietiekami finanšu, administratīvie (t.sk. kvalificētie speciālisti), tehniskie un citi nepieciešamie resursi kvalitatīva pakalpojuma sniegšanai.
8. Piedāvājums ir spēkā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vārdiem) mēnešus.

**Pretendenta rekvizīti:** (Pretendents aizpilda tabulu, norādot visu pieprasīto informāciju)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Pretendenta nosaukums: |  |
| 2. | Reģistrācijas numurs vai personas kods: |  |
| 3. | Juridiskā adrese/Deklarētā dzīvesvieta |  |
| 4. | Adrese korespondences saņemšanai: |  |
| 5. | Kontaktpersonas vārds, uzvārds: |  |
| 6. | Tālruņa Nr.: |  |
| 7. | Mobilā tālruņa Nr.: |  |
| 8. | Elektroniskā pasta adrese: |  |
| 9. | Oficiālā elektroniskā pasta adrese:  |  |
| 10. | Finanšu rekvizīti: |
| 10.1.Bankas nosaukums: |  |
| 10.2.Bankas kods: |  |
| 10.3.Konta numurs: |  |

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pretendenta vai tā pilnvarotās personas

amats, vārds, uzvārds, paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_