**Příloha č. 5 ZD – Vzory formulářů**

|  |
| --- |
| **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O SPLNĚNÍ KVALIFIKACE** |
| ***Název veřejné zakázky*** | **„Zvýšení kvality návazné péče – Domažlická nemocnice – zdravotnická lůžka“**nadlimitní veřejná zakázka na dodávky zadávaná v otevřeném řízení podle zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (ZZVZ) |
| ***Identifikační údaje zadavatele*** | **Domažlická nemocnice, a.s.**Sídlo: Kozinova 292, 344 22 DomažliceIČO: 26361078Zastoupená: MUDr. Petrem Hubáčkem, MBA, LL.M., předsedou představenstva, Ing. Janou Naarovou, členkou představenstva |
| **IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE DODAVATELE** |
| ***Obchodní firma/název/jméno, příjmení*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Právní forma*** (popř. údaj o zápisu v OR) | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Identifikační číslo*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Sídlo/místo podnikání/místo trvalého pobytu*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Oprávněná osoba jednat jménem či za dodavatele*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=**Jméno a příjmení:Funkce:Kontakt (e-mail, tel.):Oprávnění zastupovat (odkaz na OR, popř. na plnou moc): |
| 1. **Čestné prohlášení o prokázání základní způsobilosti**

**podle čl.3.1.1. ZD a § 74 ZZVZ** |
| **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený dodavatel:**a) nebyl v zemi svého sídla v posledních 5 letech před zahájením zadávacího řízení pravomocně odsouzen pro trestný čin uvedený v Příloze č. 3 k ZZVZ nebo obdobný trestný čin podle právního řádu země sídla dodavatele, přičemž k zahlazeným odsouzením se nepřihlíží;b) nemá v České republice nebo v zemi svého sídla v evidenci daní zachycen splatný daňový nedoplatek, a to ani ve vztahu ke spotřební dani;c) nemá v České republice nebo v zemi svého sídla splatný nedoplatek na pojistném nebo na penále na veřejné zdravotní pojištění;d) nemá v České republice nebo v zemi svého sídla splatný nedoplatek na pojistném nebo na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti;e) není v likvidaci, nebylo proti němu vydáno rozhodnutí o úpadku, nebyla vůči němu nařízena nucená správa podle jiného právního předpisu nebo v obdobné situaci podle právního řádu země sídla dodavatele. |
| 1. **Čestné prohlášení o prokázání profesní způsobilosti**

**podle čl.3.1.2. ZD a § 77 ZZVZ** |
| **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený dodavatel:*** **je zapsán v obchodním rejstříku pod identifikačním číslem =VYPLNÍ DODAVATEL= a spisovou značkou =VYPLNÍ DODAVATEL= ,**
* **disponuje dokladem o oprávnění k podnikání podle zvláštních právních předpisů, a to výpisem ze =VYPLNÍ DODAVATEL= pod identifikačním číslem =VYPLNÍ DODAVATEL= s oborem činnosti (druhem živnosti) =VYPLNÍ DODAVATEL=**
 |
| 1. **Čestné prohlášení o prokázání technické kvalifikace**

**podle čl.3.1.3. ZD a § 79 ZZVZ** |
| **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený dodavatel splňuje technickou kvalifikaci požadovanou ve čl.3.1.3. písm. a) Zadávací dokumentace, když v posledních 3 letech před zahájením zadávacího řízení realizoval následující významné dodávky:****Seznam významných dodávek**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Název dodávky (zakázky)** | **Objednatel** | **Doba realizace** | **Finanční objem v Kč bez DPH** | **Stručný věcný popis dodávky (zakázky)** |
| **1.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| **2.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| **3.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |

**Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený dodavatel splňuje technickou kvalifikaci požadovanou ve čl.3.1.3. písm. b) Zadávací dokumentace, když dokládám seznam techniků (či technických útvarů), kteří se budou podílet na plnění veřejné zakázky:****Seznam techniků či technických útvarů**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Jméno a příjmení/ název** | **Rok narození/ označení útvaru** | **Informace o vzdělání a praxi** |
| **1.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |

 |
| ***Datum:******V* =VYPLNÍ DODAVATEL=** **dne =VYPLNÍ DODAVATEL=** | **Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje v čestném prohlášení a seznamech jsou pravdivé.*****Podpis oprávněné osoby jednat jménem či za dodavatele:*****=VYPLNÍ A PODEPÍŠE DODAVATEL=**Jméno a příjmení:Funkce, oprávnění: |

|  |
| --- |
| **SEZNAM PODDODAVATELŮ****podle čl. 6.5. ZD**  |
| ***Název veřejné zakázky*** | **„Zvýšení kvality návazné péče – Domažlická nemocnice – zdravotnická lůžka“**nadlimitní veřejná zakázka na dodávky zadávaná v otevřeném řízení podle zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (ZZVZ) |
| ***Identifikační údaje zadavatele*** | **Domažlická nemocnice, a.s.**Sídlo: Kozinova 292, 344 22 DomažliceIČO: 26361078Zastoupená: MUDr. Petrem Hubáčkem, MBA, LL.M., předsedou představenstva, Ing. Janou Naarovou, členkou představenstva |
| **IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE DODAVATELE** |
| ***Obchodní firma/název/jméno, příjmení*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Právní forma*** (popř. údaj o zápisu v OR) | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Identifikační číslo*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Sídlo/místo podnikání/místo trvalého pobytu*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Oprávněná osoba jednat jménem či za dodavatele*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=**Jméno a příjmení:Funkce:Kontakt (e-mail, tel.):Oprávnění zastupovat (odkaz na OR, popř. na plnou moc): |
| 1. **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený dodavatel bude plnit část veřejné zakázky prostřednictvím následujících poddodavatelů:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Identifikační údaje poddodavatele*** | ***Kontaktní údaje poddodavatele (e-mail, tel.)*** | ***Popis věcného plnění, které bude poddodavatel zajišťovat*** |
| **1.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| **2.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| **3.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |

1. **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený dodavatel provede veřejnou zakázku vlastními silami bez využití poddodavatelů.**

***Poznámka: dodavatel podle skutečnosti vybere variantu A) nebo B) a neplatnou variantu vymaže*** |
| ***Datum:******V* =VYPLNÍ DODAVATEL=** **dne =VYPLNÍ DODAVATEL=** | **Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje v čestném prohlášení jsou pravdivé.*****Podpis oprávněné osoby jednat jménem či za dodavatele:*****=VYPLNÍ A PODEPÍŠE DODAVATEL=**Jméno a příjmení:Funkce, oprávnění: |

|  |
| --- |
| **PROHLÁŠENÍ O ZAJIŠTĚNÍ POVINNOSTÍ****podle čl. 6.4. ZD**  |
| ***Název veřejné zakázky*** | **„Zvýšení kvality návazné péče – Domažlická nemocnice – zdravotnická lůžka“**nadlimitní veřejná zakázka na dodávky zadávaná v otevřeném řízení podle zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (ZZVZ) |
| ***Identifikační údaje zadavatele*** | **Domažlická nemocnice, a.s.**Sídlo: Kozinova 292, 344 22 DomažliceIČO: 26361078Zastoupená: MUDr. Petrem Hubáčkem, MBA, LL.M., předsedou představenstva, Ing. Janou Naarovou, členkou představenstva |
| **IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE DODAVATELE** |
| ***Obchodní firma/název/jméno, příjmení*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Právní forma*** (popř. údaj o zápisu v OR) | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Identifikační číslo*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Sídlo/místo podnikání/místo trvalého pobytu*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Oprávněná osoba jednat jménem či za dodavatele*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=**Jméno a příjmení:Funkce:Kontakt (e-mail, tel.):Oprávnění zastupovat (odkaz na OR, popř. na plnou moc): |
| **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že v případě uzavření smlouvy, jejímž předmětem je zajištění záručního servisu, budou v případě zániku dodavatele zajištěny veškeré povinnosti, které vyplývají z uzavřené smlouvy, a to včetně řádného plnění servisních podmínek.** **V případě výběru a výzvy k uzavření smlouvy předložím čestné prohlášení výrobce dodávaného přístroje, ve kterém tento výrobce bude garantovat, že v případě zániku dodavatele převezme veškeré povinnosti, které vyplývají z uzavřené smlouvy, a bude plnit servisní podmínky z této smlouvy vycházející, a to za stejných cenových podmínek jako v nabídce vybraného dodavatele.** |
| ***Datum:******V* =VYPLNÍ DODAVATEL=** **dne =VYPLNÍ DODAVATEL=** | **Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje v čestném prohlášení jsou pravdivé.*****Podpis oprávněné osoby jednat jménem či za dodavatele:*****=VYPLNÍ A PODEPÍŠE DODAVATEL=**Jméno a příjmení:Funkce, oprávnění: |

|  |
| --- |
| **OBSAH NABÍDKY** |
| ***Název veřejné zakázky*** | **„Zvýšení kvality návazné péče – Domažlická nemocnice – zdravotnická lůžka“**nadlimitní veřejná zakázka na dodávky zadávaná v otevřeném řízení podle zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (ZZVZ) |
| ***Identifikační údaje zadavatele*** | **Domažlická nemocnice, a.s.**Sídlo: Kozinova 292, 344 22 DomažliceIČO: 26361078Zastoupená: MUDr. Petrem Hubáčkem, MBA, LL.M., předsedou představenstva, Ing. Janou Naarovou, členkou představenstva |
| ***Identifikační údaje dodavatele*** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Pořadí*** | ***Dokument*** | ***Strana nabídky*** |
| 1. | **Krycí list nabídky** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 2. | **Obsah** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 3. | **Kvalifikace** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 4. | **Návrh kupní smlouvy** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 5. | **Vlastní specifikace dodavatele** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 6. | **Prohlášení o zajištění povinností** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 7. | **Poddodavatelé** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 8. | **Ostatní dokumenty** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| **Celkový počet stran nabídky: =VYPLNÍ DODAVATEL=** |