|  |
| --- |
| **PROHLÁŠENÍ O KVALIFIKACI** |
| **nÁZEV VEŘEJNÉ ZAKÁZKY** |
| **ZDRAVOTNICKÉ PŘÍSTROJE PRO KLATOVSKOU NEMOCNICI, A.S. – OPERAČNÍ SÁLY – II. VYHLÁŠENÍ****Část 1 – Artroskopická věž celá sestava mobilní****Část 2 – Laparoskopická věž celá sestava****Část 3 – Endoskopická věž celá sestava****Část 4 –**  **Hysteroskopická věž****=DODAVATEL PONECHÁ NÁZEV ČÁSTI, NA KTEROU PODÁVÁ NABÍDKU=** |
| **zADAVATEL:** | **Klatovská nemocnice, a.s.** |
| **SÍDLO:** | **Plzeňská 929, Klatovy, 339 01** | **IČO:** | 26360527 |
| **STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCE:** | MUDr. Jiří Zeithaml, člen představenstva Ing. Ondřej Provalil, MBA, člen představenstva |
| DRUH VZ: | dodávky | REŽIM VZ: | nadlimitní | DRUH ŘÍZENÍ: | otevřené |
| **DODAVATEL**…………………….. |
| **NÁZEV DODAVATELE:** | **…………………………………………… =DOPLNÍ DODAVATEL=** |
| SÍDLO: | …………………………………………… | IČO: | …………………… |
| STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCE: | …………………………………………… |

**PROHLÁŠENÍ O KVALIFIKACI**

**Prohlašuji, že výše uvedený dodavatel splňuje základní způsobilost a**

**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.**

**Prohlašuji, že výše uvedený dodavatel splňuje profesní způsobilost a**

**a) je zapsán v obchodním rejstříku pod identifikačním číslem ……………………….. a spisovou značkou ………………………………;**

**b) disponuje dokladem o oprávnění k podnikání podle zvláštních předpisů, a to výpisem ze ………………………………. pod identifikačním číslem ………………………… s oborem činnosti (druhem živnosti) …………………………………;**

**c) disponuje potvrzením o registraci v Registru zdravotnických prostředků, vydaným Státním ústavem pro kontrolu léčiv, pod identifikačním číslem …………………………**

**Prohlašuji, že výše uvedený dodavatel splňuje technickou kvalifikaci, když**

**a) v posledních 3 letech před zahájením zadávacího řízení realizoval následující významné dodávky:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Název zakázky** | **Objednatel** | **Datum dodání** | **Hodnota** **v Kč bez DPH** | **Stručný popis** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |

**b) disponuje min. 1 řádně proškoleným technikem k řádnému provedení předmětu této části zakázky.**

**V ……………………. dne …………………………**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­**

osoba oprávněná zastupovat dodavatele

**PROHLÁŠENÍ O PODDODAVATELÍCH**

**VARIANTA 1:**

**Prohlašuji, že výše uvedený dodavatel provede veřejnou zakázku prostřednictvím následujících poddodavatelů:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Identifikační údaje poddodavatele** | **Popis plnění, které bude poddodavatel zajišťovat** | **Poddodavatel prokazuje část kvalifikace** |
| **1.** | **…………………………………..** sídlo: ……………………IČO: ……………………. |  | **ANO/NE** |
| **2.** | **…………………………………..** sídlo: ……………………IČO: ……………………. |  | **ANO/NE** |
| **3.** | **…………………………………..** sídlo: ……………………IČO: ……………………. |  | **ANO/NE** |

**VARIANTA 2:**

**Prohlašuji, že výše uvedený dodavatel provede veřejnou zakázku samostatně bez poddodavatelů.**

**V ……………………. dne …………………………**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­**

osoba oprávněná zastupovat dodavatele