|  |
| --- |
| **PROHLÁŠENÍ DODAVATELE** |
| **nÁZEV VEŘEJNÉ ZAKÁZKY** |
| **ZDRAVOTNICKÉ PŘÍSTROJE PRO STODSKOU NEMOCNICI, A.S. – OSTATNÍ TECHNIKA** |
| **Část VEŘEJNÉ ZAKÁZKY** | **=DOPLNÍ DODAVATEL=** |
| **zADAVATEL:** | **Stodská nemocnice, a.s.** |
| **SÍDLO:** | Hradecká 600, 333 01 Stod | **IČO:** | 26361086 |
| **STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCE:** | MUDr. Petr Hubáček, MBA, LL.M., místopředseda představenstva Mgr. Daniel Hajšman, člen představenstva |
| DRUH VZ: | dodávky | REŽIM VZ: | nadlimitní | DRUH ŘÍZENÍ: | otevřené |
| **DODAVATEL**…………………….. |
| **NÁZEV DODAVATELE:** | **…………………………………………… =DOPLNÍ DODAVATEL=** |
| SÍDLO: | ……………………………………………**DOPLNIT**  | IČO: | …………………… **DOPLNIT** |
| STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCE: | ……………………………………………**DOPLNIT** |

**PROHLÁŠENÍ O KVALIFIKACI**

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

1. **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;**
2. **nemá v České republice nebo v zemi svého sídla v evidenci daní zachycen splatný daňový nedoplatek, a to ani ve vztahu ke spotřební dani;**
3. **nemá v České republice nebo v zemi svého sídla splatný nedoplatek na pojistném nebo na penále na veřejné zdravotní pojištění;**
4. **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;**
5. **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**

1. **je zapsán v obchodním rejstříku pod identifikačním číslem ……………………….. a spisovou značkou ………………………………;**
2. **disponuje dokladem o oprávnění k podnikání podle zvláštních předpisů, a to výpisem ze ………………………………. pod identifikačním číslem ………………………… s oborem činnosti (druhem živnosti) …………………………………;**

*(poznámka: pouze u částí 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15 VZ: )*

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

**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