Příloha č. 1

**Krycí list**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Název veřejné zakázky** | **Magnetické rezonance pro Krajskou zdravotní, a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z. vč. příslušenství a pozáručního servisu** |
| **Identifikace zadavatele** |  |
| Název | Krajská zdravotní, a.s. |
| Sídlo | Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem, společnost zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ústí nad Labem pod spisovou značkou B 1550 |
| IČO/DIČ | 25488627/CZ25488627 |
| Osoba oprávněná jednat jménem zadavatele | Ing. Petr Fiala, generální ředitel |
|  |  |
| **Identifikace uchazeče** |  |
| Název |  |
| Sídlo |  |
| IČ/DIČ |  |
| Osoba oprávněná jednat jménem uchazeče: |  |
| Kontaktní osoba  telefon, e-mail |  |
|  |  |
| **Nabídková cena za celé plnění** |  |
| Cena celkem bez DPH (v Kč) |  |
| DPH 15 % (v Kč) |  |
| DPH 21 % (v Kč) |  |
| Cena celkem včetně DPH (v Kč) |  |

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*titul, jméno, příjmení, funkce, razítko* o*právněné osoby jednat jménem uchazeče*