**PŘÍLOHA Č. 4**

**Čestné prohlášení dodavatele o splnění základní způsobilosti**

**dle § 74 odst. 1, písm. b), c) zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek**

**VEŘEJNÉ ZAKÁZKY NA DODÁVKY S NÁZVEM:**

**Magnetické rezonance pro Krajskou zdravotní, a.s. - Nemocnice Most, o.z. a Nemocnice Děčín, o.z.   
vč. příslušenství a pozáručního servisu**

(dále: „veřejná zakázka“ nebo „VZ“)

**zadávanou veřejným zadavatelem společností Krajská zdravotní, a.s., se sídlem Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem, IČO: 25488627 v otevřeném nadlimitním řízení ve smyslu § 56, zákona č.134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (dále: „zákon“)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Obchodní název dodavatele:** |  | |
| **Adresa sídla dodavatele:** |  | |
| **IČO:** |  | |
| **Titul, jméno, příjmení, funkce statutárního zástupce či odpovědné osoby:** | |  |

**Já, níže podepsaný statutární zástupce či osoba oprávněná jednat jménem či za dodavatele zastupující výše uvedeného dodavatele v uvedeném zadávacím řízení čestně prohlašuji, že jako dodavatel (případně i statutární orgán či osoby statutárního orgánu pro příslušná ustanovení vymezená zákonem) splňuji základní způsobilost stanovenou zadavatelem v souladu s ustanovením § 74 odst. 1 písm. b), c) zákona ve vymezení základní způsobilosti a nejsem dodavatel, který:**

* 1. má v České republice nebo v zemi svého sídla ve vztahu ke spotřební dani zachycen splatný daňový nedoplatek,[[1]](#footnote-1)
  2. má v České republice nebo v zemi svého sídla splatný nedoplatek na pojistném nebo na penále na veřejné zdravotní pojištění.

Toto čestné prohlášení podepisuji jako osoba oprávněná jednat jménem či za dodavatele.

V ………………… dne ……………… *……………………………………………………….*

jméno a příjmení, podpis

1. současně je třeba doložit potvrzení příslušného finančního úřadu ve vztahu k § 74 odst. 1, písm. b) zákona [↑](#footnote-ref-1)