Příloha č. 1 ZD - Krycí list nabídky (část VZ č. 6)

**Krycí list nabídky**

k zadávacímu řízení na veřejnou zakázku

**Modernizace a obnova přístrojového vybavení traumatologických center**

**Krajské zdravotní, a. s. – opakovaná výzva**

Název částí VZ:

**Část VZ č. 6 - Nástrojové vybavení operačního sálu – pro cerebrofaciální poranění**

*(síto)*

**1. Základní identifikační údaje**

* 1. **Zadavatel**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadavatel ve smyslu zákona:** | **Krajská zdravotní, a.s.** |
| Sídlo zadavatele: | Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem |
| IČ: | 25488627 |
| Zastoupený: | Ing. Petrem Fialou, generálním ředitelem společnosti |
| Telefon: | +420 477 114 105 |
| E-mail: | [sekretariat@kzcr.eu](mailto:sekretariat@kzcr.eu) |
| Osoba oprávněná jednat ve věcech technických: | Ing. Martinem Peterkou |
| Telefon: | tel.: +420 477 114 258, +420 733 594 620 |

* 1. **Uchazeč (případně reprezentant sdružení)**

|  |  |
| --- | --- |
| Obchodní firma nebo název: |  |
| Sídlo: |  |
| Doručovací adresa uchazeče: |  |
| Právní forma: |  |
| Telefon/fax: |  |
| E-mail: |  |
| IČ: |  |
| DIČ: |  |
| www: |  |
| Spisová značka v obchodním rejstříku: |  |
| Osoba oprávněná jednat za uchazeče: |  |
| Právní titul, na základě kterého je osoba oprávněná jednat za uchazeče: |  |
| Kontaktní osoba uchazeče: |  |
| Telefon/fax na kontaktní osobu uchazeče: |  |
| E-mail na kontaktní osobu uchazeče: |  |

**Poznámka: Podává-li nabídku fyzická osoba, uvede v bodu 1.2. následující údaje: obchodní firma nebo jméno, příjmení, místo podnikání, příp. místo trvalého pobytu, identifikační číslo a daňové identifikační číslo, bylo-li přiděleno, kontaktní spojení – telefon, fax, e-mail.**

* 1. **Další uchazeč, podává–li nabídku více uchazečů společně**

|  |  |
| --- | --- |
| Obchodní firma nebo název: |  |
| Sídlo: |  |
| Doručovací adresa uchazeče: |  |
| Právní forma: |  |
| Telefon/fax: |  |
| E-mail: |  |
| IČ: |  |
| DIČ: |  |
| www: |  |
| Spisová značka v obchodním rejstříku: |  |
| Osoba oprávněná jednat za uchazeče: |  |
| Právní titul, na základě kterého je osoba oprávněná jednat za uchazeče: |  |
| Kontaktní osoba uchazeče: |  |
| Telefon/fax na kontaktní osobu uchazeče: |  |
| E-mail na kontaktní osobu uchazeče: |  |

**Poznámka: V případě více uchazečů podávajících společnou nabídku použijte výše uvedenou tabulku v potřebném počtu.**

**2. Nabídková cena**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Typ ceny | Počet kusů | Nabídková cena v Kč bez DPH za 1 ks | Nabídková cena v Kč celkem bez DPH | Výše DPH v % | Výše DPH v Kč | Cena celkem s DPH |
| **Část VZ č. 6 - Nástrojové vybavení operačního sálu – pro cerebrofaciální poranění**  *(síto)* | 1 |  |  |  |  |  |

**3. Měna, ve které je nabídková cena v bodu 2. uvedena : CZK (Kč)**

**4. Oprávněná osoba jménem či za uchazeče jednat**

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis oprávněné osoby: |  |
| Titul, jméno, příjmení: | .............................................. |
| Funkce: | .............................................. |