|  |
| --- |
| **Příloha č. 4 - KRYCÍ LIST NABÍDKY** |
|
|
|
| **Název VZ:** | **Město Nymburk - zajištění bezbariérové nemocnice 2025** |
|
|
| **Základní identifikační údaje** |
| **Zadavatel** |
| Název:  | **Nemocnice Nymburk s.r.o.** |
| Sídlo:  | Boleslavská třída 425/9, PSČ 288 01 Nymburk |
| IČO:  | 28762886 |
| Osoba oprávněná jednat jménem zadavatele:  | Mgr. Aleš Růžička, jednatel |
| **Účastník** |
| Název:  | **(doplní účastník)** |
| Sídlo/místo podnikání: |  (doplní účastník) |
| Korespondenční adresa: |  (doplní účastník) |
| IČO:  |  (doplní účastník) |
| DIČ:  |  (doplní účastník) |
| Osoba oprávněná za účastníka jednat:  |  (doplní účastník) |
| Kontaktní osoba:  |  (doplní účastník) |
| Tel./Mob.:  |  (doplní účastník) |
| E-mail:  |  (doplní účastník) |
| Velikost podniku - zaškrtněte jednu z možností | [ ]  **MIKRO** < 10 zaměstnanců, roční obrat < 2 mil. EUR[ ]  **MALÝ** < 50 zaměstnanců, roční obrat < 10 mil. EUR[ ]  **STŘEDNÍ** < 250 zaměstnanců, roční obrat < 43 mil. EUR[ ]  **VELKÝ**  > 250 zaměstnanců, roční obrat > 43 mil. EUR |
| **Celková cena za provedení celého předmětu plnění veřejné zakázky:**  |
| **Cena celkem v Kč bez DPH:** | **Výše DPH** | **Cena celkem v Kč včetně DPH:** |
| **(doplní účastník)** | (doplní účastník) | (doplní účastník) |
|
|
|