**KRYCÍ LIST NABÍDKY**

1. VEŘEJNÁ ZAKÁZKA

|  |  |
| --- | --- |
| Název veřejné zakázky: | **Projektová dokumentace – Modernizace prostor ambulancí Chirurgického oddělení Nemocnice Nymburk, s.r.o.** |
| Evidenční číslo – Typ veřejné zakázky: | VZ04/2020 – veřejná zakázka malého rozsahu |
| Zadavatel: | Nemocnice Nymburk, s.r.o.Boleslavská třída 425/9, 288 01 Nymburk, IČ / DIČ: 28762886 / CZ28762886 |

1. ÚDAJE O ÚČASTNÍKOVI

|  |  |
| --- | --- |
| Obchodní firma/název: | [Doplní účastník] |
| Sídlo/místo podnikání: | [Doplní účastník] |
| IČO / DIČ: | [Doplní účastník] |
| Osoba/osoby oprávněná jednat za účastníka, funkce: | [Doplní účastník] |
| Bankovní spojení, číslo účtu: | [Doplní účastník] |
| Kontaktní osoba ve věci nabídky: | [Doplní účastník] |
| Telefonní spojení: | [Doplní účastník] |
| E-mail: | [Doplní účastník] |

1. EKONOMICKÁ VÝHODNOST

|  |  |
| --- | --- |
| Celková nabídková cena bez DPH: [v Kč] | [Doplní účastník] |
| DPH (sazba 21 %): | [Doplní účastník] |
| **Celková nabídková cena včetně DPH: [Kč]** | **[Doplní účastník]** |

Účastník neplátce DPH uvede pouze celkovou cenu a informaci, že není plátce DPH.

1. PROHLÁŠENÍ ÚČASTNÍKA

Jako účastník o veřejnou zakázku tímto prohlašujeme, že:

* Výše uvedená nabídková cena je cenou nejvýše přípustnou, platnou po celou dobu realizace zakázky, zahrnuje veškeré náklady související se splněním předmětu zakázky včetně všech předvídatelných rizik a vlivů,
* jsme se seznámili a v plném rozsahu bez výhrad přijímáme celý obsah a podmínky stanovené zadávací dokumentací k výše uvedené veřejné zakázce,
* cítíme se být vázáni celým obsahem nabídky po celou dobu běhu zadávací lhůty, a že vymezení plnění veřejné zakázky obsahuje všechny údaje nutné pro realizaci zakázky,
* v souladu s podmínkami uvedenými v zadávací dokumentaci a časovými termíny nabízíme bez výhrad realizaci uvedené zakázky za výše uvedenou cenu,
* v případě uzavření smlouvy na plnění této veřejné zakázky souhlasíme s uveřejněním smlouvy v souladu se zákonem č.340/2015 Sb. o registru smluv.

V […….]dne […….] Doplní účastník \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis osoby oprávněné jednat za účastníka