**Krycí list nabídky**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název veřejné zakázky** | |
| **Anesteziologické přístroje**  **pro Karlovarskou krajskou nemocnici a.s.** | |
| **Identifikační a kontaktní údaje účastníka zadávacího řízení** | |
| **Obchodní firma nebo název**  (jedná-li se o právnickou osobu)  **Obchodní firma nebo jméno  a příjmení**  (jedná-li se o fyzickou osobu) |  |
| **Sídlo**  (jedná-li se o právnickou osobu)  **Místo podnikání, popř. místo trvalého pobytu**  (jedná-li se o fyzickou osobu) |  |
| **Právní forma** |  |
| **IČO** |  |
| **Velikost podniku**  (malý a střední podnik / velký podnik) |  |
| **Adresa pro doručování**  (pokud je odlišná od sídla či místa podnikání) |  |
| **ID datové schránky** |  |
| **Kontaktní osoba**  (ve věcech nabídky) |  |
| **Mobilní telefon**  (kontaktní osoby ve věcech nabídky) |  |
| **E-mail**  (kontaktní osoby ve věcech nabídky) |  |
| **Telefon** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Část 1 – odd. anesteziologie** | **Doplnění** |
| **Cena za dodávku přístroje bez DPH** |  |
| DPH 21 % |  |
| Cena za dodávku přístroje včetně DPH |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Část 2 – odd. kardiologie** | **Doplnění** |
| **Cena za dodávku přístroje bez DPH** |  |
| DPH 21 % |  |
| Cena za dodávku přístroje včetně DPH |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba oprávněná jednat jménem nebo za účastníka zadávacího řízení** | |
| **Titul, jméno, příjmení** |  |
| **Funkce** |  |
| **Datum podpisu** |  |
| **Podpis oprávněné osoby** |  |