**Příloha č. 5 zadávací dokumentace - Čestné prohlášení dodavatele o splnění podmínek kvalifikace**

**Čestné prohlášení dodavatele o splnění podmínek kvalifikace**

**dle ust. § 86 odst. 2 z. č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název veřejné zakázky**: | Léčivý přípravek ATC S01LA05 – léčiva s účinnou látkou AFLIBERCEPT |
| **Zadavatel:** | Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Kyjevská 44, 532 03 Pardubice |
| IČ: 27520536 |
|  |
| **Identifikační a kontaktní údaje dodavatele:** |
| Obchodní firma/název: | (doplní dodavatel) |
| Právní forma: | (doplní dodavatel) |
| Sídlo/místo podnikání: | (doplní dodavatel) |
| IČ: | (doplní dodavatel) |
| DIČ | (doplní dodavatel) |
| Telefon: | (doplní dodavatel) |
| E-mail: | (doplní dodavatel) |
| Identifikátor datové schránky pro příjem poštovních datových zpráv: | (doplní dodavatel) |
| Kontaktní osoba: | (doplní dodavatel) |
| **Osoba oprávněná jednat za dodavatele:** |
| Titul, jméno, příjmení: | (doplní dodavatel) |
| Funkce: | (doplní dodavatel) |
| Údaje o případném zmocnění: | (doplní dodavatel) |

Pro účely zadávacího řízení na veřejnou zakázku **„Léčivý přípravek ATC S01LA05 – léčiva s účinnou látkou AFLIBERCEPT“** prohlašuji, že shora uvedený dodavatel splňuje veškeré podmínky kvalifikace požadované zadavatelem v zadávací dokumentaci.

V (doplní dodavatel) dne (doplní dodavatel)

Podpis osoby oprávněné jednat za dodavatele: (doplní dodavatel)