**Příloha č. 1 zadávací dokumentace** – **Krycí list nabídky**

**Krycí list nabídky**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Název veřejné zakázky**: | **Mamograf pro Chrudimskou nemocnici** | |
| **Druh zadávacího řízení:** | Otevřené řízení | |
| **Režim veřejné zakázky:** | Nadlimitní | |
| **Druh veřejné zakázky:** | Dodávky | |
| **Identifikační údaje zadavatele:** | Název**:** | Nemocnice Pardubického kraje, a.s. |
| Sídlo: | Kyjevská 44, 532 03 Pardubice |
| IČO: | 27520536 |
| **Identifikační a kontaktní údaje dodavatele:** | | |
| Obchodní firma/název: | (doplní dodavatel) | |
| Sídlo: | (doplní dodavatel) | |
| IČO: | (doplní dodavatel) | |
| Osoba oprávněná jednat jménem či za účastníka: | (doplní dodavatel) | |
| Kontaktní e-mail: | (doplní dodavatel) | |
| ID datové schránky: | (doplní dodavatel) | |
| Informace o skutečnosti, zda-li se jedná o malý či střední podnik: | (doplní dodavatel) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cena celkem v Kč bez DPH** | **Sazba DPH (v %)** | **Výše DPH (v Kč)** | **Cena celkem v Kč včetně DPH** |
| **Cena mamografického přístroje** | *Doplní účastník* | *Doplní účastník* | *Doplní účastník* | *Doplní účastník* |
| **Cena pozáručního FULL servisu mamografického přístroje po dobu 8 let** | *Doplní účastník* | *Doplní účastník* | *Doplní účastník* | *Doplní účastník* |
| **Celková nabídková cena za realizaci předmětu veřejné zakázky (součet výše uvedených položek, tj. ceny mamografického přístroje a ceny pozáručního FULL servisu)** | *Doplní účastník* | *Doplní účastník* | *Doplní účastník* | *Doplní účastník* |

V …………………………….. dne ………..…………..

………………………………………………………………………………….. *Podpis osoby oprávněné jednat jménem nebo za účastníka*