**Příloha č. 1 výzvy** – **Krycí list nabídky**

**Krycí list nabídky, část …..** (doplní dodavatel)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Název veřejné zakázky**: | **Léčivý přípravek s účinnou látkou KLARITHROMYCIN** | |
| **Název části veřejné zakázky**: | (doplní dodavatel) | |
| **Druh zadávacího řízení:** | Otevřené řízení | |
| **Režim veřejné zakázky:** | Veřejná zakázka malého rozsahu | |
| **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) | |
| DIČ: | (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) | |

V ……………………… dne ……………….....

…………………………………………………………………………………

*Podpis osoby oprávněné jednat za účastníka*