|  |  |
| --- | --- |
| **Krycí list** | |
| **1. Název veřejné zakázky** | |
| **Transformace služeb pro osoby se zdravotním postižením – audity kvality II** | |
| **2. Identifikační a kontaktní údaje uchazeče** | |
| Obchodní firma / Jméno | *(doplní dodavatel)* |
| Právní forma | *(doplní dodavatel)* |
| IČ | *(doplní dodavatel)* |
| Sídlo / místo podnikání | *(doplní dodavatel)* |
| Kontaktní osoba | *(doplní dodavatel)* |
| E-mail | *(doplní dodavatel)* |
| Telefon / fax | *(doplní dodavatel)* |
| **3. Osoba oprávněná jednat za uchazeče** | |
| Titul, jméno, příjmení | *(doplní dodavatel)* |
| Funkce | *(doplní dodavatel)* |
| Datum podpisu | *(doplní dodavatel)* |
| Podpis oprávněné osoby | *(doplní dodavatel)* |