*Příloha č. 4 zadávací dokumentace*

**Nemocnice Pardubického kraje, a.s.**

se sídlem: Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

IČO: 27520536

tímto poskytuje

k nadlimitní veřejné zakázce s názvem:

**„Výběr pojistitele pro pojištění odpovědnosti Nemocnice Pardubického kraje, a.s.“**

*zadávané v otevřeném nadlimitním řízení dle ust. § 25 a § 56 zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (dále jen „ZZVZ“)*

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

O SPLNĚNÍ ZÁKLADNÍ ZPŮSOBILOSTI

dle ust. § 75 odst. 1 písm. c) a d) zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek, v platném znění (dále jen „zákon“)

Dodavatel:

název: [DOPLNÍ ÚČASTNÍK]

obch. rejstřík: [DOPLNÍ ÚČASTNÍK]

sídlo: [DOPLNÍ ÚČASTNÍK]

IČ: [DOPLNÍ ÚČASTNÍK]

DIČ: [DOPLNÍ ÚČASTNÍK]

tímto v souladu s ust. § 74 odst. 1 zákona a v souvislosti s podlimitní veřejnou zakázkou s názvem **„Výběr pojistitele pro pojištění odpovědnosti Nemocnice Pardubického kraje, a.s.**“, zadávané zadavatelem Nemocnice Pardubického kraje, a.s., se sídlem Kyjevská 44, 532 03 Pardubice, IČO: 27520536, prohlašuje, že:

b) nemá v České republice nebo v zemi svého sídla v evidenci daní zachycen splatný daňový nedoplatek ke spotřební dani,

c) nemá v České republice nebo v zemi svého sídla splatný nedoplatek na pojistném nebo na penále na veřejné zdravotní pojištění.

Datum: [DOPLNÍ ÚČASTNÍK]

……………………………………………………

*Jméno, příjmení a funkce osoby oprávněné za dodavatele jednat*

[DOPLNÍ ÚČASTNÍK]