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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identifikace veřejné zakázky**: | **Dodávka pomůcek pro inkontinenci** | |
| **Název části veřejné zakázky:** | *Doplní účastník* | |
| **Režim veřejné zakázky:** | Zjednodušené podlimitní řízení | |
| **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** |
| **Celková nabídková cena za realizaci předmětu veřejné zakázky** |  |  |  |  |

V ………………………… dne ………………………

…………………………………………………………………………………..

*Obchodní firma, jméno a podpis osoby oprávněné jednat za účastníka*