|  |
| --- |
| **KRYCÍ LIST NABÍDKY** |
| **Název VZ** | **Systém certifikace programů a služeb**  |
| **Základní identifikační údaje** |
| **Zadavatel**  |
| **Název:** | **Česká republika - Ministerstvo zdravotnictví** |
| **Sídlo:** | Palackého náměstí č. 4, 128 01 Praha 2 |
| **IČ:** | 00024341 |
| **Zastoupen:** | Mgr. Zbyněk Podhrázký, pověřen řízením sekce zdravotní péče |
| **Dodavatel** |  |
| **Obchodní firma / jméno:** |  |
| **Sídlo / místo podnikání:** |  |
| **Tel/Fax.:** |  |
| **IČ:** |  |
| **DIČ:** |  |
| **Zastoupen:** |  |
| **Kontaktní osoba:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Email:**  |  |
| **Nabídková cena** |
|  | **Cena v Kč bez DPH** | **Výše DPH v %** **a v Kč** | **Cena v Kč s DPH** |
| **Celková nabídková cena**  |  |  |  |
| **Osoba zastupující dodavatele:** |
| **Podpis zástupce:** | …………………………………………………… |  |
| **Titul, jméno, příjmení:** |  |
| **Funkce:** |  |

Datum zpracování nabídky ……………………..