|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 ……………………..