|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYCÍ LIST NABÍDKY** | | | | | | | |
| **Název VZ** | **ANALÝZA VÝKONU PERSONÁLNÍCH PROCESŮ A AGEND**  **VYKONÁVANÝCH V MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ** | | | | | | |
| **Základní identifikační údaje** | | | | | | | |
| **Zadavatel** | | | | | | | |
| **Název:** | | | **Česká republika - Ministerstvo zdravotnictví** | | | | |
| **Sídlo:** | | | Palackého náměstí č. 375/4, 128 01 Praha 2 | | | | |
| **IČO:** | | | 00024341 | | | | |
| **Osoba oprávněná jednat jménem zadavatele:** | | | **Mgr. Filip Vrána**, ředitel odboru personálního | | | | |
| **Dodavatel** | | | | | | | |
| **Obchodní firma / jméno:** | | |  | | | | |
| **Sídlo / místo podnikání:** | | |  | | | | |
| **Tel/Fax.:** | | |  | | | | |
| **IČO:** | | |  | | | | |
| **DIČ:** | | |  | | | | |
| **Osoba oprávněná jednat jménem či za dodavatele:** | | |  | | | | |
| **Kontaktní osoba:** | | |  | | | | |
| **Telefon:** | | |  | | | | |
| **Email:** | | |  | | | | |
|  | | | | Cena v Kč bez DPH | Sazba DPH v % | Částka DPH | Cena v Kč s DPH |
| **Celková nabídková cena za předmět plnění** | | | |  |  |  |  |
| **Osoba oprávněná jednat jménem či za dodavatele:**\*) | | | | | | | |
| **Titul, jméno, příjmení:** | |  | | | | | |
| **Funkce:** | |  | | | | | |

*\*) Pozn.: V případě, že za dodavatele jedná osoba na základě udělené moci, musí být součástí nabídky příslušná plná moc.*

**............................................ ............................................**

Datum zpracování nabídky Podpis oprávněné osoby