|  |  |
| --- | --- |
| Verejný obstarávateľ: | Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Rastislavova 43, 041 90 Košice |
| Typ zákazky: | Zákazka s nízkou hodnotou bez povinnosti zverejnenia |
| Postup: | § 117 zákona č. 343/2015 Z.z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov |
| Predmet zákazky: | **Bronchoskopy** |
| Časť zákazky č: |  |
| Dokument: | **Identifikačné údaje uchádzača** |

**Všeobecné informácie o uchádzačovi, ktorý predkladá ponuku:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obchodné meno alebo názov: |  | |
| Sídlo alebo miesto podnikania: |  | |
| Názov skupiny dodávateľov:  *(Vyplňte v prípade, ak je uchádzač členom skupiny dodávateľov, ktorá predkladá ponuku.)* |  | |
| IČO: |  | |
| Právna forma: |  | |
| URL: |  | |
| Zápis uchádzača v obchodnom registri:  *(Označenie Obchodného registra alebo inej evidencie, do ktorej je uchádzač zapísaný podľa právneho poriadku štátu, ktorým sa spravuje)* | |  |
| Zoznam osôb oprávnených konať v mene uchádzača: *(Meno a priezvisko)* | |  |

***(vypLNÍ uchádzač)***

**Kontaktné údaje uchádzača pre potreby komunikácie s uchádzačom počas verejného obstarávania:**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: |  |
| Telefón: |  |
| E-mail: |  |

***(vypLNÍ uchádzač)***

**Údaje o osobe podľa § 49 ods. 5 ZVO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: |  |
| Obchodné meno/Názov: |  |
| Adresa pobytu/Sídlo alebo miesto podnikania: |  |
| IČO:: |  |

***(vypLNÍ uchádzač , ak je relevantné)***

V ............................, dňa ........................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meno a priezvisko, funkcia