|  |
| --- |
| Identifikace veřejné zakázky |
| **„Poskytování servisních služeb a služeb podpory k IT Infrastruktuře“** |

|  |  |
| --- | --- |
| Identifikační údaje zadavatelů zadávajících společně veřejnou zakázku v souladu s § 7 ZZVZ | |
| Název: | **Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s.** | |
| IČ: | 259 97 556 | |
| Sídlo: | Pivovarské náměstí 1245/2, 500 03 Hradec Králové | |
| Název: | **Oblastní nemocnice Náchod a.s.** | |
| IČ: | 260 00 202 | |
| Sídlo: | Purkyňova 446, 547 01 Náchod | |
| Název: | **Oblastní nemocnice Jičín a.s.** | |
| IČ: | 260 01 551 | |
| Sídlo: | Bolzanova 512, Valdické Předměstí, 506 01 Jičín | |
| Název: | **Oblastní nemocnice Trutnov a.s.** | |
| IČ: | 26 00 237 | |
| Sídlo: | Maxima Gorkého 77, Kryblice, 541 01 Trutnov | |
| Název: | **Městská nemocnice, a.s.** | |
| IČ: | 252 62 238 | |
| Sídlo: | Vrchlického 1504, 544 01 Dvůr Králové nad Labem | |

|  |  |
| --- | --- |
| Identifikační údaje dodavatele | |
| Obchodní firma/název: | **(doplní dodavatel)** |
| Sídlo: | **(doplní dodavatel)** |
| IČ / DIČ: | **(doplní dodavatel)** |
| Zápis v OR: | **(doplní dodavatel; rejstříkový soud, spisová značka)** |
| Osoba oprávněná jednat za dodavatele: | **(doplní dodavatel)** |
| Osoby oprávněné jednat ve věcech technických: | **(doplní dodavatel)** |
| Telefon: | **(doplní dodavatel)** |
| E-mail: | **(doplní dodavatel)** |
| Bankovní spojení a číslo účtu: | **(doplní dodavatel; u plátce DPH zveřejněný účet ve smyslu § 96 zákona o DPH)** |

Pro účely nadepsaného zadávacího řízení prohlašuji, že shora uvedený dodavatel souhlasí se smluvními a obchodními podmínkami, které tvoří přílohy zadávací dokumentace č. 10A, 10B, 10C, 10D a že, bude-li vybrán k plnění zakázky, uzavře smlouvu v souladu s podmínkami stanovenými v přílohách č. 10A, 10B, 10C, 10D.

V (doplní dodavatel) dne (doplní dodavatel)

Podpis osoby oprávněné jednat za dodavatele: …………………………………………………

(doplní dodavatel)