**Seznam služeb vstupujících do hodnocení osoby**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název veřejné zakázky** | **Výcviková a školící základna pro Zdravotnickou záchrannou službu Královéhradeckého kraje - Heliport LZS Hradec Králové – TDS a BOZP**  |
| Zadavatel | Královéhradecký kraj, Pivovarské náměstí 1245, 500 03 Hradec Králové, IČO 708 89 546 |
| Druh řízení | otevřené řízení veřejné zakázky na služby v nadlimitním režimu |

|  |
| --- |
| Identifikační údaje dodavatele |
| **Obchodní firma** | [doplní dodavatel] |
| IČO | [doplní dodavatel] |
| Sídlo | [doplní dodavatel] |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení osoby ve funkci TDS** | [doplní dodavatel] |

**Dodavatel prohlašuje, že osoba uvedená výše realizovala všechny dále uvedené služby ve funkci TDS.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název zakázky** | **Předmět** | **Jedná se o stavbu obdobného charakteru?** | **Investiční náklady stavby** | **Termín realizace\*** | **Název objednatele** | **Kontaktní osoba objednatele\*\*** |
|  |  | **ANO/NE** |  |  |  |  |
|  |  | **ANO/NE** |  |  |  |  |
|  |  | **ANO/NE** |  |  |  |  |

\* Dodavatel uvede vždy alespoň měsíc a rok ukončení realizace předmětné služby

\*\* Dodavatel uvede jméno, příjmení, telefon a případně e-mailovou adresu kontaktní osoby objednatele služby