**Příloha č. 1**

**KRYCÍ LIST NABÍDKY**

|  |  |
| --- | --- |
| Název veřejné zakázky: | **„Přístroj pro lokální kryoterapii“** |
| **Zadavatel** | |
| Název zadavatele: | **Oblastní nemocnice Jičín a.s.** |
| Sídlo: | Bolzanova 512, Valdické Předměstí, 506 01 Jičín |
| IČ: | 26001551 |
| Oprávněná osoba: | Ing. Tomáš Sláma, MSc., předseda představenstva |
| **Účastník** | |
| Název účastníka: |  |
| Sídlo/místo podnikání: |  |
| Doručovací adresa: |  |
| E-mail: |  |
| IČ: |  |
| DIČ: |  |
| Plátce DPH (ANO/NE): |  |
| Osoba oprávněná jednat za účastníka, funkce: |  |
| Kontaktní osoba: |  |
| Telefon: |  |
| E-mail: |  |
|  | |
| **Nabídková cena v Kč bez DPH:** |  |
| **Datum:** |  |
| **Otisk razítka a podpis oprávněné osoby jednat za účastníka:** |  |

/účastník povinně vyplní žlutě označené názvy řádků/