*Příloha č. 2 - Čestné prohlášení*

**Čestné prohlášení účastníka**

**k veřejné zakázce s názvem:**

**Daňové poradenství obchodní firmy Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s. a vybraných dceřiných společností**

Obchodní název účastníka: ……………………………………………………………...

Sídlo / Místo podnikání: ………………………………………………………………

IČ / DIČ: ……………………………………………………………...

Osoba oprávněná jednat   
jménem či za účastníka a její funkce: ……………………………………………………………...

1. **Základní způsobilost:**

V souladu s vyhlášenými podmínkami zadavatele ke shora uvedenému zadávacímu řízení čestně prohlašuji, že:

a) jsem nebyl v zemi svého sídla v posledních 5 letech před zahájením zadávacího řízení pravomocně odsouzen pro trestný čin uvedený v příloze č. 3 ZZVZ nebo obdobný trestný čin podle právního řádu země sídla dodavatele; k zahlazeným odsouzením se nepřihlíží; jsem-li právnickou osobou, čestně prohlašuji, že tento předpoklad splňuje jak právnická osoba, tak zároveň každý člen jejího statutárního orgánu, a je-li členem statutárního orgánu dodavatele právnická osoba splňuje tento předpoklad tato právnická osoba, každý člen statutárního orgánu této právnické osoby a osoba zastupující tuto právnickou osobu ve statutárním orgánu dodavatele; účastním-li se zadávacího řízení jako pobočka závodu zahraniční právnické osoby, čestně prohlašuji, že tuto podmínku splňuje jak tato právnická osoba, tak a vedoucí pobočky závodu; účastním-li se zadávacího řízení jako pobočka závodu české právnické osoby, čestně prohlašuji, že tuto podmínku splňuje tato právnická osoba, každý člen statutárního orgánu této právnické osoby, osoba zastupující tuto právnickou osobu v statutárním orgánu dodavatele a vedoucí pobočky závodu;

b) nemám v České republice nebo v zemi svého sídla v evidenci daní zachycen splatný daňový nedoplatek,

c) nemám v České republice nebo v zemi svého sídla splatný nedoplatek na pojistném nebo na penále na veřejné zdravotní pojištění,

d) nemám v České republice nebo v zemi svého sídla splatný nedoplatek na pojistném nebo na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti,

e) nejsem v likvidaci, nebylo proti mně vydáno rozhodnutí o úpadku a nebyla vůči mně nařízena nucená správa podle jiného právního předpisu nebo v obdobné situaci podle právního řádu země sídla dodavatele.

1. **Profesní způsobilost:**

V souladu s vyhlášenými podmínkami zadavatele ke shora uvedenému zadávacímu řízení čestně prohlašuji, že splňuji požadavky na profesní způsobilost:

1. **ve vztahu k České republice výpis z obchodního rejstříku nebo jiné obdobné evidence**, pokud jiný právní předpis zápis do takové evidence vyžaduje, a současně
2. **doklad o oprávnění podnikat v rozsahu odpovídajícímu předmětu veřejné zakázky**, pokud jiné právní předpisy takové oprávnění vyžadují (např. výpis z živnostenského rejstříku či obdobná licence).
3. **Technická kvalifikace**

**Seznam významných služeb:**

V souladu s vyhlášenými podmínkami zadavatele ke shora uvedenému zadávacímu řízení předkládám níže seznam významných služeb a čestně prohlašuji, že jsem tyto realizoval v období posledních 3 let přede dnem zahájením zadávacího řízení:

**Významná služba č. 1:**

|  |  |
| --- | --- |
| Identifikace poskytovatele služby:  /název, IČO, sídlo/ |  |
| Identifikace objednatele služby**:**  /název, IČO, sídlo/ |  |
| Výše ročního obratu objednatele služby v roce poskytování služby  /v Kč včetně DPH/: |  |
| Počet zaměstnanců objednatele v roce poskytování služby |  |
| Objednatel je zdravotnickým zařízením nebo zařízením poskytujícím sociální služby  /ANO/NE/ |  |
| Objednatel je zařízením poskytujícím akutní lůžkovou péči  /ANO/NE/ |  |
| Kontaktní osoba objednatele služby, za účelem ověření si uvedených údajů:  /jméno, příjmení, telefon, email/ |  |
| Popis poskytnuté služby: |  |
| Celková výše odměny za poskytnutou službu vyplacená objednatelem služby poskytovateli služby:  /v Kč včetně DPH/: |  |
| Doba ukončení poskytnutí služby:  /měsíc, rok/ |  |

**Významná služba č. 2:**

|  |  |
| --- | --- |
| Identifikace poskytovatele služby:  /název, IČO, sídlo/ |  |
| Identifikace objednatele služby**:**  /název, IČO, sídlo/ |  |
| Výše ročního obratu objednatele služby v roce poskytování služby  /v Kč včetně DPH/: |  |
| Počet zaměstnanců objednatele v roce poskytování služby |  |
| Objednatel je zdravotnickým zařízením nebo zařízením poskytujícím sociální služby  /ANO/NE/ |  |
| Objednatel je zařízením poskytujícím akutní lůžkovou péči  /ANO/NE/ |  |
| Kontaktní osoba objednatele služby, za účelem ověření si uvedených údajů:  /jméno, příjmení, telefon, email/ |  |
| Popis poskytnuté služby: |  |
| Celková výše odměny za poskytnutou službu vyplacená objednatelem služby poskytovateli služby:  /v Kč včetně DPH/: |  |
| Doba ukončení poskytnutí služby:  /měsíc, rok/ |  |

**Významná služba č. 3:**

|  |  |
| --- | --- |
| Identifikace poskytovatele služby:  /název, IČO, sídlo/ |  |
| Identifikace objednatele služby**:**  /název, IČO, sídlo/ |  |
| Výše ročního obratu objednatele služby v roce poskytování služby  /v Kč včetně DPH/: |  |
| Počet zaměstnanců objednatele v roce poskytování služby |  |
| Objednatel je zdravotnickým zařízením nebo zařízením poskytujícím sociální služby  /ANO/NE/ |  |
| Objednatel je zařízením poskytujícím akutní lůžkovou péči  /ANO/NE/ |  |
| Kontaktní osoba objednatele služby, za účelem ověření si uvedených údajů:  /jméno, příjmení, telefon, email/ |  |
| Popis poskytnuté služby: |  |
| Celková výše odměny za poskytnutou službu vyplacená objednatelem služby poskytovateli služby:  /v Kč včetně DPH/: |  |
| Doba ukončení poskytnutí služby:  /měsíc, rok/ |  |

V …………………… dne: ……………………

……………………………………………………………………..

jméno a podpis oprávněné osoby[[1]](#footnote-1)

1. např. dle zápisu v obchodním rejstříku nebo např. na základě udělené plné moci či z jiných vnitřních předpisů dodavatele nebo vyplývající z vnitřní organizační struktury dodavatele [↑](#footnote-ref-1)