**Příloha č. 4 výzvy k podání nabídek**

**Formulář seznamu významných služeb**

Název veřejné zakázky: Dodávka identity access management systému v prostředí Nemocnice České Budějovice, a.s.

**Zadavatel:** Nemocnice České Budějovice, a.s.

**Sídlo:** B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice

**Statutární orgán:** MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. – předseda představenstva

 MUDr. Jaroslav Novák, MBA – člen představenstva

|  |  |
| --- | --- |
| Dodavatel: |  |
| Sídlo: |  |
| IČ: |  |
| DIČ: |  |
| Bankovní spojení: |  |
| Čísla účtů: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| Mail: |  |
| Kontaktní osoba ve věci veřejné zakázky: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| Mail: |  |

**tímto předkládá následující**

**SEZNAM VÝZNAMNÝCH SLUŽEB**

k veřejné zakázce s názvem:

**Dodávka identity access management systému v prostředí Nemocnice České Budějovice, a.s.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název a další identifikační údaje objednatele** | **Stručný popis realizované služby včetně jejího rozsahu (tj. zejména označení dodávky a poskytovaných služeb)** | **Výslovné prohlášení, že se jednalo o dodání nástroje pro správu identit (IAM) včetně technické a servisní podpory****(postačí uvést „ANO“)** | **Další údaje rozhodné pro posouzení splnění podmínek stanovených zadavatelem pro významnou službu** | **Doba od zahájení plnění do ukončení plnění** | **Celkový finanční objem realizované služby pro objednatele v daném období****(v Kč bez DPH)** | **Kontaktní osoba objednatele pro účely ověření zakázky (jméno, telefon a email této osoby)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |

*Pozn. Účastník doplní tolik řádků, kolik bude potřeba.*

V ...................………. dne...............

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis účastníka