*Příloha č. 3 k ZD*

**KRYCÍ LIST NABÍDKY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název veřejné zakázky** | **Léčiva pro NEMCB (102025) - L04AX06 POMALIDOMID** |

**Identifikační údaje účastníka**

(Účastník výběrového řízení vyplní tabulku údaji platnými ke dni podání nabídky. Na uvedenou
e-mailovou adresu kontaktní osoby, mohou být doručovány dokumenty v průběhu výběrového řízení.)

|  |  |
| --- | --- |
| Název účastníka | ***[doplní účastník]*** |
| Sídlo | ***[doplní účastník]*** |
| Kontaktní adresa | ***[doplní účastník]***  |
| IČO | ***[doplní účastník]*** | DIČ | ***[doplní účastník]*** |
| Velikost podniku dle počtu zaměstnanců a finanční hodnoty podniku | ***malý/střední/velký*** | Kód NUTS (normalizovaná kvalifikace územního celku v ČR) | **CZxxx** |
| Statutární orgán | ***1) [jméno, příjmení, titul, pozice]*** | ***2) [jméno, příjmení, titul, pozice]*** |
| Osoba oprávněná zastupovat uchazeče | ***[doplní účastník]*** | ***+420*** |
| Kontaktní osoba email | ***1) [doplní účastník]*** | ***2) [doplní účastník]*** |

**Nabídka – údaje k hodnotícím kritériím**

(Účastník uvede údaje k hodnotícím kritériím dle zadávacích podmínek.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Název kritéria:** **L04AX06 POMALIDOMID** | **Nabízená hodnota** |
| Celková nabídková cena v Kč bez DPH | ***[doplní účastník]*** |
| Sazba DPH v % | ***[doplní účastník]*** |
| DPH samostatně v Kč | ***[doplní účastník]*** |
| Celková nabídková cena v Kč včetně DPH | ***[doplní účastník]*** |

V *[doplní účastník]* dne *[doplní účastník]*

…………………………………………………………………

*[jméno, funkce a podpis oprávněné osoby]*