***Pokyny pro vyplnění formuláře:***

*Účastník* ***doplní/vybere z nabídky možností/zaškrtne*** *žlutě vyznačená pole ve formuláři nabídky.*

* *Do níže uvedených žlutých polí (např.:* Uveďte název/ Vyberte jednu z možností) *účastník doplní požadovaný text, případně vybere jednu z nabízených možností.*
* *V případě tvrzení označených tímto žlutým čtvercem:*  *se účastník rozhodne, zda uvedené tvrzení platí. Pokud ano, klikem do čtverce tvrzení potvrdí (ve čtverci se objeví křížek:* *).* ***\****

**\**Tento text není součástí formuláře! Účastník jej při jeho zpracování vymaže!***

|  |
| --- |
| FORMULÁŘ NABÍDKY |

**„Zajištění prohlídek těl zemřelých na území Jihomoravského kraje v letech 2026-2028“**

|  |
| --- |
|  |
| Účastník |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Název/obchodní firma/ jméno:* |  | Uveďte název |
| *Zastoupený:* |  | Uveďte jméno a funkci |
| *Sídlo/místo podnikání:* |  | Uveďte adresu sídla |
| *IČO:* |  | Uveďte IČO |
| *Kontaktní osoba:* |  | Uveďte jméno kontaktní osoby |
| *E-mail:* |  | Uveďte e-mail |
| *Telefon:* |  | Uveďte telefonní číslo |
| *Bankovní spojení:* |  | Uveďte poskytovatele bankovního účtu |
| *Č. účtu:* |  | Uveďte číslo bankovního účtu |
| Základní způsobilost účastníka | | |

Účastník tímto prohlašuje, že splňuje podmínky základní způsobilosti dle čl. 8.1. zadávací dokumentace, a sice že:

1. nemá v České republice nebo v zemi svého sídla v evidenci daní zachycen splatný daňový nedoplatek ve vztahu ke spotřební dani,
2. nemá v České republice nebo v zemi svého sídla splatný nedoplatek na pojistném nebo na penále na veřejné zdravotní pojištění,

**Splňuje**

|  |
| --- |
| Profesní způsobilost účastníka |

Účastník tímto prohlašuje, že splňuje podmínky profesní způsobilosti dle čl. 8.2. zadávací dokumentace, dle ustanovení § 77 dost. 1 a 2 ZZVZ, což dokládá **prostou kopií dokladů jako přílohu Formuláře nabídky**:

* **výpisu z obchodního rejstříku** nebo jiné obdobné evidence, pokud jiný právní předpis zápis do takové evidence vyžaduje,
* **dokladu o oprávnění k podnikání** podle zvláštních právních předpisů v rozsahu odpovídajícím předmětu veřejné zakázky.Zadavatel požaduje v rámci nabídky předložení platného rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb na území celého Jihomoravského kraje. Dodavatel dokládá stejnopis nebo úředně ověřenou kopii dokladu,
* **čestné prohlášení** o věcném, technickém a personálním zabezpečení poskytované zdravotní služby – prohlídek těl zemřelých pro území Jihomoravského kraje.

|  |
| --- |
| Technická kvalifikace účastníka |

|  |  |
| --- | --- |
| Účastník tímto prohlašuje, že splňuje technickou kvalifikaci dle č. 8.3. a 8.4. zadávací dokumentace, což prokazuje seznam 10 osob (provádějících lékařů), kteří se budou podílet na plnění předmětu veřejné zakázky, uvedených níže:  **Splňuje** | |
| Seznam osob (provádějících lékařů), kteří se budou podílet na plnění předmětu veřejné zakázka | |
| *Dodavatel:* | Uveďte název dodavatele |
| *Sídlo:* | Uveďte sídlo dodavatele |
| *IČO:* | Uveďte IČO dodavatele |
| **Vymezení minimálního požadavku k prokázání kvalifikace:**  Dodavatel kvalifikaci prokáže předložením seznamu osob (provádějících lékařů), kteří se budou podílet na plnění veřejné zakázky s uvedením požadovaných údajů ve formuláři nabídky, jehož přílohou budou požadovaná osvědčení o vzdělání a odborné kvalifikaci.   * **Odborná způsobilost lékaře v oboru potřebném pro plnění předmětu veřejné zakázky** dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů*.* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lékař 1** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |
| **Lékař 2** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |

*\* dodavatel vybere jednu možnost*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lékař 3** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |
| **Lékař 4** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |

*\* dodavatel vybere jednu možnost*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lékař 5** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |
| **Lékař 6** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |

*\* dodavatel vybere jednu možnost*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lékař 7** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |
| **Lékař 8** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |

*\* dodavatel vybere jednu možnost*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lékař 9** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |
| **Lékař 10** | | |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** | |
| Jméno a příjmení | … | |
| Odborná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne\* | |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. | |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne\* | |
| Evidenční číslo v ČLK: |  | |
| Počet provedených prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení za poslední tři roky: | Méně než 25 prohlídek | Více než 25 prohlídek |
| Poddodavatel dodavatele? | Ano / Ne\* | |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.  V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … | |

*\* dodavatel vybere jednu možnost*

|  |
| --- |
| Centrální dispečink |

|  |  |
| --- | --- |
| Účastník disponuje nebo se zavazuje, že bude v době uzavření smlouvy disponovat nonstop centrálním dispečinkem se stálou obsluhou (365/24/7) | Ano / Ne\* |
| Pokud ANO, bude služba centrálního dispečinku zajišťovaná prostřednictvím poddodavatele (ANO / NE) | Ano / Ne\* |
| Pokud ANO, identifikujte poddodavatele (název, sídlo, IČO) | ……… |
| Kontaktní informace na dispečink *(telefonní číslo, sídlo dispečinku)* | ……… |

*\* dodavatel vybere jednu možnost*

|  |
| --- |
| Nabídková cena |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nabídková cena za jednu prohlídku:**  *(Cena/odměna za výkon jedné prohlídky musí být stanovena jako cena nejvýše přípustná a musí v ní být zahrnuty veškeré náklady spojené s realizací takové prohlídky dle vymezení předmětu plnění veřejné zakázky)* | *(Doplní účastník)* Kč bez DPH |

|  |
| --- |
| Čestné prohlášení o neexistenci střetu zájmů dle § 4b zákona o střetu zájmů |

Účastník tímto prohlašuje, že není obchodní společností dle § 4b\* zákona č. 159/2006 Sb., o střetu zájmů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o střetu zájmů“).

Účastník tímto prohlašuje, že neprokazuje kvalifikaci prostřednictvím poddodavatele, který je obchodní společností dle § 4b\* zákona o střetu zájmů.

*(\*) Znění § 4b zákona o střetu zájmů: „Obchodní společnost, ve které veřejný funkcionář uvedený v § 2 odst. 1 písm. c) nebo jím ovládaná osoba vlastní podíl představující alespoň 25 % účasti společníka v obchodní společnosti, se nesmí účastnit zadávacích řízení podle zákona upravujícího zadávání veřejných zakázek jako účastník nebo poddodavatel, prostřednictvím kterého dodavatel prokazuje kvalifikaci. Zadavatel je povinen takovou obchodní společnost vyloučit ze zadávacího řízení. Zadavatel nesmí obchodní společnosti uvedené ve větě první zadat veřejnou zakázku malého rozsahu, takové jednání je neplatné*.“

|  |
| --- |
| Čestné prohlášení o splnění podmínek Nařízení Rady (EU) 2022/576 ze dne 8. dubna 2022, kterým se mění nařízení (EU) č. 833/2014 o omezujících opatřeních vzhledem k činnostem Ruska destabilizujícím situaci na Ukrajině |

Účastník tímto v návaznosti na Nařízení Rady (EU) 2022/576 ze dne 8. dubna 2022, kterým se mění nařízení (EU) č. 833/2014 o omezujících opatřeních vzhledem k činnostem Ruska destabilizujícím situaci na Ukrajině, prohlašuje, že:

1. není ruským státním příslušníkem, fyzickou či právnickou osobou nebo subjektem či orgánem se sídlem v Rusku,
2. není právnickou osobou, subjektem nebo orgánem, který je z více než 50 % přímo či nepřímo vlastněn některým ze subjektů uvedených v písmeni a),
3. není fyzickou nebo právnickou osobou, subjektem nebo orgánem, který jedná jménem nebo na pokyn některého ze subjektů uvedených v písmeni a) nebo b).

Účastník dále prohlašuje, že splnění výše uvedených podmínek se týká i případných poddodavatelů, dodavatelů nebo subjektů, kteří se podílí na plnění veřejné zakázky více než 10 % hodnoty této zakázky, kterými účastník prokazuje kvalifikaci, či s nimi podává společnou nabídku.

V uveďte místo dne klikněte sem a zadejte datum

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

Účastník, případně osoba oprávněná jednat za účastníka (není vyžadován elektronický podpis)

Přílohy:

* Výpis z obchodního rejstříku
* Doklad o oprávnění k podnikání
* Čestné prohlášení o věcném, technickém a personálním zabezpečení poskytované zdravotní služby – prohlídek těl zemřelých pro území Jihomoravského kraje.
* Popis způsobu zajištění poskytované služby, včetně uvedení předpokládaného pokrytí Jihomoravského kraje.
* *Případně doplňte další přílohy, které přikládáte*