Ponudnik:
_____
_____
_____

IZJAVA O SODELOVANJU S PODIZVAJALCI

Zgoraj navedeni ponudnik pri oddaji ponudbe, na podlagi javnega razpisa za:
»SUKCESIVNA DOBAVA MEDICINSKEGA POTROŠNEGA MATERIALA«, s sklenitvijo pogodbe

Izjavljamo,

- da bomo pri izvedbi naročila sodelovali z naslednjimi podizvajalci
- da smo seznanjeni z določbo 94. člena ZJN-3, ki govori o izvedbi javnih naročil s podizvajalcem

št.	**naziv podizvajalca**	**naslov podizvajalca**
1.		
2.		
3.		
4.		

Kraj in datum: _____ žig _____
podpis odgovorne osebe

navodilo: Obrazec št. POD-1 izpolni samo ponudnik, ki bo pri izvedbi javnega naročila sodeloval s podizvajalci. Za podizvajalce se ne štejejo dobavitelji in prevozniki ponudnika. Izjava mora biti datirana, žigosana in podpisana.

Ponudnik:

_____
_____
_____

PODATKI O PODIZVAJALCU

naziv podizvajalca	
naslov podizvajalca	
pošta in poštna številka	
telefon	
telefaks	
elektronska pošta	
matična številka	
ID za DDV	
številka transakcijskega računa	
banka	
zakoniti zastopnik podizvajalca	

DELA, KI JIH PREVZEMA PODIZVAJALEC: _____

_____

KOLIČINA, KI JO PREVZEMA PODIZVAJALEC: _____

_____

VREDNOST del, ki jih prevzema podizvajalec:

postavka	**znesek v EUR**
vrednost brez DDV	
DDV	
skupna vrednost z DDV	
delež v % glede na vrednost ponudbe	

KRAJ IZVEDBE DEL PODIZVAJALCA: _____

ROK IZVEDBE DEL PODIZVAJALCA: _____

Kraj in datum: _____ žig _____

podpis odgovorne osebe

navodilo: Prilogo 1 k Obrazcu POD -1 mora izpolniti vsak podizvajalec. Priloga mora biti datirana, žigosana in podpisana (zgornji del od ponudnika, soglasje od podizvajalca). Zaradi večjega števila podizvajalcev ponudnik obrazec lahko kopira.

Ponudnik:

_____
_____
_____

ZAHTEVA PODIZVAJALCA ZA NEPOSREDNO PLAČILO IN SOGLASJE

_____ ,
(naziv in naslov podizvajalca)

kot podizvajalec pri izvedbi javnega naročila
»SUKCESIVNA DOBAVA MEDICINSKEGA POTROŠNEGA MATERIALA«
v skladu s petim odstavkom 94. člena ZJN-3

ZAHTEVAMO / NE ZAHTEVAMO[1] neposredno plačilo s strani naročnika.

Kraj in datum: _____ žig _____
podpis zakonitega
zastopnika podizvajalca

SOGLASJE PODIZVAJALCA:

Kot podizvajalec pri izvedbi javnega naročila »SUKCESIVNA DOBAVA MEDICINSKEGA POTROŠNEGA MATERIALA«, soglašamo[2], da naročnik terjatve, ki jih bomo imeli do izbranega ponudnika in ki bodo izhajale iz našega sodelovanja pri izvedbi predmeta javnega naročila, poravna neposredno na naš transakcijski račun, naveden v pogodbi med izbranim ponudnikom in naročnikom. Terjatve se bodo poravnale na podlagi izstavljenih računov, ki jih bo predhodno potrdil izbrani ponudnik in priložil svojim računom naročniku.

Kraj in datum: _____ žig _____
podpis zakonitega zastopnika
podizvajalca

navodilo: Prilogo 1 k Obrazcu POD -1a [1] Izpolnite le v primeru, da zahtevate neposredno plačilo v skladu s petim odstavkom 94. člena ZJN-3. Priloga mora biti datirana, žigosana in podpisana (zgornji del od ponudnika, soglasje od podizvajalca). Zaradi večjega števila podizvajalcev ponudnik obrazec lahko kopira.

POOBLASTILO ZA PODPIS PONUDBE, KI JO PREDLAGA SKUPINA IZVAJALCEV/PONUDNIKOV

Podpisani_____
(ime in priimek odgovorne osebe)

z
nazivom_____iz_____
(funkcija) (naziv in naslov podjetja)

Podpisani_____
(ime in priimek odgovorne osebe)

z
nazivom_____iz_____
(funkcija) (naziv in naslov podjetja)

Podpisani_____
(ime in priimek odgovorne osebe)

z
nazivom_____iz_____
(funkcija) (naziv in naslov podjetja)

Podpisani_____
(ime in priimek odgovorne osebe)

z
nazivom_____iz_____
(funkcija) (naziv in naslov podjetja)

potrjujemo, da smo zakoniti predstavniki ponudnikov, ki dajejo skupno ponudbo in s tem dokumentom pooblaščamo

za vodilnega partnerja:

_____
(naziv in naslov vodilnega partnerja pri skupni ponudbi)

in za podpis skupne ponudbe:

gospo/gospoda _____z nazivom_____,

ki se podpisuje _____ in parafira_____

da v našem imenu podpiše ponudbo, tudi morebitno spremembo / dopolnitev / umik ponudbe in da v našem imenu sprejema vse informacije v zvezi s predmetnim javnim razpisom ter v primeru, da bomo izbrani v postopku javnega razpisa za oddajo javnega naročila blaga male vrednosti za sklenitev pogodbe: »SUKCESIVNA DOBAVA MEDICINSKEGA POTROŠNEGA MATERIALA«, ki je bil objavljen na Portalu javnih naročil, podpiše pogodbo, razen v primeru, da bi v dogovoru o poslovnem sodelovanju določili, da pogodbo podpišemo vsi ponudniki, ki nastopamo v skupni ponudbi.

Izjavljamo tudi, da bomo v primeru, če bomo izbrani ponudniki na predmetnem javnem razpisu pred podpisom pogodbe naročniku izročili pogodbo ali dogovor o našem poslovnem sodelovanju pri izvedbi tega javnega naročila, v primeru, da te pogodbe ali dogovora ne prilagamo že v ponudbi.

<u>Za tem obrazcem prilagamo za vsakega od ponudnikov v skupini:</u>

- **OBRAZEC ESPD* – naložiti v oddelek ESPD**
- **OBRAZEC št. 4 - Izjava o sprejemu pogojev razpisne dokumentacije**
- **OBRAZEC št. 6 - Izjava/podatki o udeležbi fizičnih in pravnih oseb v lastništvu ponudnika**

Kraj in datum: _____ žig _____
podpis pooblastitelja

Kraj in datum: _____ žig _____
podpis pooblastitelja

Kraj in datum: _____ žig _____
podpis pooblastitelja

Kraj in datum: _____ žig _____
podpis pooblastitelja

navodilo: Ponudniki morajo izpolniti Obrazec POD-2 v primeru oddaje skupne ponudbe. Pooblastilo mora biti datirano, žigosano in podpisano s strani vseh ponudnikov pri oddaji skupne ponudbe.
.