

DRUŽBA ZA AVTOCESTE V REPUBLIKI SLOVENIJI
DARS d.d.

POGLAVJE 3

OBRAZEC PONUDBA

za

Kolektivno dodatno zdravstveno zavarovanje zaposlenih DARS

(int. ev. št. 000124/2024)

Polni naziv ponudnika:	
Sedež:	

(izpolniti v primeru samostojne ponudbe)

Ponudnik:	
	(navesti vse partnerje v skupni ponudbi)
Vodilni partner:	
Sedež:	
Partner:	
Sedež:	
Partner:	
Sedež:	

(izpolniti v primeru skupne ponudbe, po potrebi dodati polja za vpis)

PONUDBA

št., z dne

za

Kolektivno dodatno zdravstveno zavarovanje zaposlenih DARS

Spoštovani!

1. Potem, ko smo pregledali razpisno dokumentacijo za izvedbo zgoraj navedenih del, spodaj podpisani nudimo izvedbo in dokončanje opisanih del za znesek:

Vrednost brez DPZP: EUR

Vrednost DPZP: EUR

Vrednost z DPZP: EUR

2. Zavezuje se, da bomo v primeru izbora naše ponudbe, pričeli z izvajanjem pogodbenih del takoj po sklenitvi pogodbe in da bomo pogodbeni dela izvajali v rokih skladno z vzorcem pogodbe
3. Izjavljamo, da se s to ponudbo zavezuje do vključno dne **31. 8. 2024**. Ves ta čas je naša ponudba obvezujoča in je lahko izbrana kadarkoli pred potekom tega obdobja.

Datirano dne _____

Podpisnik (*ime in priimek*) _____

Podpis _____ v funkciji _____

s polnim pooblastilom za podpis ponudb za in v imenu _____

(*napisano čitljivo z velikimi tiskanimi črkami*)