



MURSKA SOBOTA

ZDRAVSTVENI DOM
MURSKA SOBOTA
Grajska ulica 24
9000 Murska Sobota

T +386 2 534 13 00
E zdravstveni.dom@zd-ms.si
www.zd-ms.si

Priloga 1

**PONUDBA
ZA NAKUP MIZE ZA ODVZEM KRVI**

1. PODATKI O PONUDNIKU (Izpolnijo pravne osebe in samostojni podjetniki)

FIRMA/NAZIV:	
POSLOVNI NASLOV: (ulica, hišna številka, kraj in poštna številka)	
MATIČNA ŠTEVILKA:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	
POOBLAŠČENA OSEBA ZA PODPIS POGODBE: (ime in priimek, funkcija)	
KONTAKTNA OSEBA (ime in priimek, telefon, e-naslov)	

2. PODATKI O PONUDNIKU (Izpolnijo fizične osebe)

IME IN PRIIMEK:	
NASLOV: (ulica, hišna številka, kraj in poštna številka)	
EMŠO:	
DAVČNA ŠTEVILKA:	
DRŽAVLJANSTVO:	
KONTAKTNI PODATKI: (telefon, e-naslov)	

Ponudbo oddajam za (ustrezno obkrožite):

- A) 1 mizo za odvzem krvi
- B) 2 mizi za odvzem krvi

A. Miza za odvzem krvi M – električna s serijsko številko: 18-161	Ponudbena cena v EUR
PONUDBENA VREDNOST V EUR BREZ DDV:	
DDV 22%	
PONUDBENA VREDNOST V EUR Z DDV:	
B. Miza za odvzem krvi M – električna s serijsko številko: 18-162	Ponudbena cena v EUR
PONUDBENA VREDNOST V EUR BREZ DDV:	
DDV 22%	
PONUDBENA VREDNOST V EUR Z DDV:	
	Skupaj v EUR (A + B)
A. Miza za odvzem krvi M (serijska številka 18-161) + B. Miza za odvzem krvi M (serijska številka 18-162)	
DDV 22%	
PONUDBENA VREDNOST V EUR Z DDV:	

Izjavljam, da sem skrbno pregledal/a povabilo k oddaji ponudbe ter se strinjam in sprejemam vse pogoje, ki so objavljeni v Nameri o sklenitvi neposredne pogodbe za prodajo premičnine v lasti Zdravstvenega doma Murska Sobota. Izjavljam, da mi je stanje obeh miz/stolov za odvzem krvi poznano in da sem seznanjen/a s tem, da se bo pogodba sklenila na način Videno – kupljeno.

Kraj in datum: _____

podpis in žig: _____

ID za DDV: SI-94095400 / TRR podračun št.: 01280-6030922660
IBAN CODE: SI56012806030922660 / SWIFT CODE: BSLJSI2X

