



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 VOZILA VOLKSWAGEN TRANSPORTER/2.5/TDI 4M**

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)	
KONTAKTNI PODATKI:	
Telefon	
E-naslov	

2. PODATKI O PONUDNIKU (Izpolnijo fizične osebe)

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

PONUDBENA VREDNOST V EUR BREZ DDV:	
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 vozila poznano in da sem seznanjen/a s tem, da se bo pogodba sklenila na način Videno – kupljeno. V skladu s tem dajem ponudbo za vozilo kot sledi:

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis in žig: \_\_\_\_\_

ID za DDV: SI-94095400 / TRR podračun št.: 01280-6030922660  
IBAN CODE: SI56012806030922660 / SWIFT CODE: BSLUSI2X

