**NABÍDKA na dílčí část**

**číslo a název doplní uchazeč**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název zakázky** | **Vzdělávání zaměstnanců Mölnlycke Health Care ProcedurePak s.r.o. - Havířov** |
| **Druh zakázky** (služba, dodávka nebo stavební práce) | **služba** |
| **Datum vyhlášení výzvy k podání nabídek** | **20.6.2023** |
| **Registrační číslo projektu** | CZ.03.1.52/0.0/0.0/15\_021/0000053 |
| **Název projektu** | **Podpora odborného vzdělávání zaměstnanců II** |
| **Název / obchodní firma zadavatele** | Mölnlycke Health Care ProcedurePak s.r.o. |
| **Sídlo zadavatele** | Na Novém poli 382/1, 733 01 Karviná  provozovna Havířov: Šachetní 439/1, 735 64 Havířov |
| **Osoba oprávněná jednat za zadavatele, její telefon  a e-mailová adresa** | Mgr. Eliška Nešporová  tel. č. 703 168 352  email: eliska.nesporova@molnlycke.com |
| **IČ zadavatele / DIČ zadavatele** | 02948231 |
| **Kontaktní osoba zadavatele ve věci zakázky, její telefon a e-mailová adresa** | Mgr. Eliška Nešporová  tel. č. 703 168 352  email: eliska.nesporova@molnlycke.com |

|  |
| --- |
| **Nabídku zpracoval uchazeč/dodavatel** |

**Dodavatel (název subjektu): doplní dodavatel**

**IČ: doplní dodavatel**

**DIČ: doplní dodavatel**

**Sídlo: doplní dodavatel**

**Osoba oprávněná jednat za zadavatele a kontaktní osoba:  doplní dodavatel**

**Kontaktní telefon: doplní dodavatel**

**Kontaktní e-mail: doplní dodavatel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Celková cena dílčí části na kterou se nabídka vztahuje bez DPH v Kč** | **DPH v Kč** | **Cena včetně DPH v KČ** |
| **doplní dodavatel** | **doplní dodavatel** | **doplní dodavatel** |

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis statutárního orgánu nebo osoby oprávněné jednat jménem uchazeče:  V **doplní dodavatel** dne **doplní dodavatel** | ………………………………………………………  (razítko, jméno, příjmení a funkce podepisující osoby – **doplní dodavatel** |