

Na osnovi članka 5. Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima (Narodne novine broj ____)
podnosi se

PONUĐA
ZA SKLAPANJE UGOVORA O ISPORUCI ORTOPEDSKIH I
DRUGIH POMAGALA

Naziv ponuditelja			
Ulica, kućni broj, poštanski broj i mjesto sjedišta ponuditelja			
Telefon			
Faks			
E- pošta			
Internet stranica	http://www.		
Status dosadašnjeg ugovornog isporučitelja Zavoda	NE	DA	Šifra ugovornog isporučitelja (DAVZU)

Naziv banke i žiro račun ponuditelja			
Matični broj ponuditelja			
OIB ponuditelja			

Ime i prezime odgovorne osobe za zastupanje ponuditelja			
---	--	--	--

PODACI O MALOPRODAJNOJ LOKACIJI ZA KOJU SE PODNOSI PONUDA

Naziv ponuditelja				
Ulica, kućni broj, poštanski broj i mjesto maloprodajne lokacije				
Broj rješenja HALMED-a o dozvoli za promet na malo medicinskim proizvodima				
Telefon				
Faks				
E- pošta				
Klasa medicinskog proizvoda za koji se podnosi ponuda (sukladno rješenju HALMED-a)	I	IIa	IIb	III
Skupina pomagala za koju se podnosi ponuda (sukladno rješenju o upisu u očevidnik proizvođača HALMED-a)				

Mjesto i datum: _____

M.P.

Potpis odgovorne osobe

PRILOZI:

1. Rješenje Trgovačkog suda o registraciji za proizvodnju, trgovinu i promet na malo medicinskim proizvodima/rješenje Obrtnog registra o registraciji za proizvodnju, trgovinu i promet na malo medicinskim proizvodima
2. Obavijest Državnog zavoda za statistiku o razvrstavanju poslovnog subjekta prema NKD-u
3. Rješenje Agencije za lijekove i medicinske proizvode za promet na malo specijaliziranoj prodavaonici za promet na malo medicinskim proizvodima/rješenje Agencije za lijekove i medicinske proizvode za proizvodnju medicinskih proizvoda
4. Dokaz o uspješnosti poslovanja i financijskoj sposobnosti BON-1 i /ili BPN-SOL-2
5. Dokaz o urednom podmiranju dospjelih poreznih obveza i doprinosa Ministarstva financija-Porezne uprave
6. Izjava o nekažnjavanju odgovorne osobe ponuditelja
7. Izjavu o ukupnom prometu
8. Popis radnika po maloprodajnim lokacijama (specijaliziranim prodavaonicama za promet na malo) s preslikama svjedodžbi/diploma i ugovora o radu, odnosno drugih odgovarajućih ugovora
9. Izjava o nepostojanju sukoba interesa
10. Potvrda o urednom izvršenju ugovornih obveza s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje