*Príloha č. 8 súťažných podkladov - Vzory vyhlásení a plnomocenstiev uchádzača*

*Príloha č. 8A súťažných podkladov – Čestné vyhlásenia uchádzača*

Hlavička uchádzača

 Psychiatrická nemocnica

Profesora Matulaya Kremnica

Československej armády 234/139

967 01 Kremnica

**Čestné vyhlásenia uchádzača**

uchádzač *(obchodné meno a sídlo/miesto podnikania uchádzača alebo obchodné mená a sídla/miesta podnikania všetkých členov skupiny dodávateľov)* ........................ týmto vyhlasuje, že:

1. súhlasí s podmienkami verejného obstarávania „**Potraviny***“ (vybrať časť:* Časť 1 – Základné a dlhodobo skladovateľné potraviny; Časť 2 – Mrazené potraviny a výrobky; Časť 3 – Mlieko a mliečne výrobky; Časť 4 – Živočíšne výrobky, mäso a mäsové výrobky; Časť 5 – Pekárenské výrobky; Časť 6 – Ovocie, zelenina a zemiaky; Časť 7 – Čerstvé slepačie vajcia), ktoré sú určené v súťažných podkladoch a v iných dokumentoch poskytnutých verejným obstarávateľom v lehote na predkladanie ponúk,
2. je dôkladne oboznámený s celým obsahom súťažných podkladov, návrhom rámcovej dohody, vrátane všetkých príloh rámcovej dohody,
3. všetky doklady, dokumenty, vyhlásenia a údaje uvedené v ponuke sú pravdivé a úplné,
4. predkladá iba jednu ponuku,
5. nie je členom skupiny dodávateľov, ktorá ako iný uchádzač predkladá ponuku,
6. dávame písomný súhlas k tomu, že doklady, ktoré poskytujeme v súvislosti s týmto verejným obstarávaním, môže verejný obstarávateľ spracovávať a zverejňovať v súlade s platným a účinným zákonom o ochrane osobných údajov.

v..........................................dňa........................... ..................................................

 podpis

v..........................................dňa........................... ..................................................

 podpis

*doplniť podľa potreby*

*Pozn.: POVINNÉ*

*Príloha č. 8B súťažných podkladov*

Hlavička uchádzača

 Psychiatrická nemocnica

Profesora Matulaya Kremnica

Československej armády 234/139

967 01 Kremnica

**plnomocenstvo pre člena skupiny dodávateľov**

**Splnomocniteľ/splnomocnitelia:**

*Obchodné meno, sídlo, údaj o zápise, IČO člena skupiny dodávateľov, zastúpený meno/mená a priezvisko/priezviská, trvalý pobyt štatutárneho orgánu/členov štatutárneho orgánu (ak ide o právnickú osobu), meno, priezvisko, miesto podnikania, údaj o zápise, IČO člena skupiny dodávateľov (ak ide o fyzickú osobu)*

*Obchodné meno, sídlo, údaj o zápise, IČO člena skupiny dodávateľov, zastúpený meno/mená a priezvisko/priezviská, trvalý pobyt štatutárneho orgánu/členov štatutárneho orgánu (ak ide o právnickú osobu), meno, priezvisko, miesto podnikania, údaj o zápise, IČO člena skupiny dodávateľov (ak ide o fyzickú osobu)*

*(doplniť podľa potreby)*

**udeľuje/ú plnomocenstvo**

**Splnomocnencovi – lídrovi skupiny dodávateľov:**

1. *Obchodné meno, sídlo, údaj o zápise, IČO lídra skupiny dodávateľov, zastúpený meno/mená a priezvisko/priezviská, trvalý pobyt štatutárneho orgánu/členov štatutárneho orgánu (ak ide o právnickú osobu), meno, priezvisko, miesto podnikania, údaj o zápise, IČO lídra skupiny dodávateľov (ak ide o fyzickú osobu)*

na prijímanie pokynov a konanie v mene všetkých členov skupiny dodávateľov vo verejnom obstarávaní „**Potraviny*“***  a pre prípad prijatia ponuky verejným obstarávateľom aj počas plnenia rámcovej dohody, a to v pozícii lídra skupiny dodávateľov.

v..........................dňa........................... ..............................................................

 podpis splnomocniteľa

v..........................dňa........................... ..............................................................

 podpis splnomocniteľa

*(doplniť podľa potreby)*

Plnomocenstvo prijímam:

v..........................dňa........................... ..............................................................

 podpis splnomocniteľa

*Pozn.: POVINNÉ, ak je uchádzačom skupina dodávateľov*

*Príloha č. 8C súťažných podkladov: Identifikačné údaje osoby, ktorej služby alebo*

*podklady využil uchádzač pri vypracovaní ponuky*

Hlavička uchádzača

 Psychiatrická nemocnica

Profesora Matulaya Kremnica

Československej armády 234/139

967 01 Kremnica

**IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE OSOBY, KTOREJ SLUŽBY ALEBO PODKLADY VYUŽIL UCHÁDZAČ PRI VYPRACOVANÍ PONUKY**

Meno a priezvisko: .......................................................................

Obchodné meno alebo názov : .......................................................................

Adresa pobytu: .......................................................................

Sídlo, miesto podnikania alebo

obvyklý pobyt: .......................................................................

IČO, ak bolo pridelené: .......................................................................

- telefónne číslo: .......................................................................

- e-mail: .......................................................................

v..........................................dňa........................... ..................................................

 podpis

*doplniť podľa potreby*