**Příloha č. 7 ZD – Vzor čestných prohlášení**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O SPLNĚNÍ ČÁSTI KVALIFIKACE** | | | |
| ***Název veřejné zakázky*** | **„Nemocniční informační systém“**  nadlimitní veřejná zakázka na služby zadávaná v otevřeném řízení podle zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (ZZVZ) | | |
| ***Identifikační údaje zadavatele*** | **Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa a.s.**  Sídlo: Purkyňova 1849, 470 01 Česká Lípa  IČO: 27283518  Zastoupený: Ing. Pavlem Markem, předsedou představenstva | | |
| **IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE DODAVATELE** | | | |
| ***Obchodní firma/název/jméno, příjmení*** | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Právní forma*** (popř. údaj o zápisu v OR) | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Identifikační číslo*** | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Sídlo/místo podnikání/místo trvalého pobytu*** | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Oprávněná osoba jednat jménem či za dodavatele*** | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=**  Jméno a příjmení:  Funkce:  Kontakt (e-mail, tel.):  Oprávnění zastupovat (odkaz na OR, popř. na plnou moc): |
| 1. **Čestné prohlášení o prokázání technické kvalifikace**   **podle ZD a § 79 ZZVZ - Významné služby** | | | |
| **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený dodavatel splňuje technickou kvalifikaci požadovanou v Zadávací dokumentaci, když v posledních 3 letech před zahájením zadávacího řízení realizoval následující významné služby:**  **Seznam významných služeb**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Název služby (zakázky)** | **Objednatel** | **Doba realizace** | **Finanční objem v Kč bez DPH** | **Stručný věcný popis dodávky (zakázky)** | | **1.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | | **2.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | | **3.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | | **4.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |   **Seznam významných služeb s uvedením pro každou zakázku:**   1. **Název zakázky** 2. **Zadavatel a místo plnění** 3. **Stručná charakteristika dodávky min. v rozdělení dodávka nového NIS, implementace NIS a technická podpora** 4. **Nasazený rozsah funkcionalit formou jejich výčtu ve struktuře názvů kapitol a podkapitol obsažených v příloze č. 1 této zadávací dokumentace - Technické dokumentaci** 5. **Počet uživatelů daného referenčního plnění z řad zdravotnického personálu** 6. **Cena plnění v Kč bez DPH** 7. **Doba plnění od - do** 8. **Kontaktní osoba - tel., email** | | | |
| 1. **Čestné prohlášení o prokázání technické kvalifikace**   **podle ZD a § 79 ZZVZ - seznam techniků** | | | |
| **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený projektový tým dodavatele splňuje technickou kvalifikaci požadovanou v Zadávací dokumentaci:**  **Seznam členů projektové týmu:**  Vedoucí projektu   1. **jméno a příjmení,** 2. **odbornost - profesní zaměření,** 3. **délka odborné praxe** 4. **účast na projektu/projektech, pokud je vyžadována** 5. **případně vzdělání, školení.**   Konzultant zdravotnických oblastí nemocničního informačního systému a zdravotnické dokumentace   1. **jméno a příjmení,** 2. **odbornost - profesní zaměření,** 3. **délka odborné praxe** 4. **účast na projektu/projektech, pokud je vyžadována** 5. **případně vzdělání, školení.**   Konzultant integrací a výměny dat s napojenými informačními systémy   1. **jméno a příjmení,** 2. **odbornost - profesní zaměření,** 3. **délka odborné praxe** 4. **účast na projektu/projektech, pokud je vyžadována** 5. **případně vzdělání, školení.**   Analytik   1. **jméno a příjmení,** 2. **odbornost - profesní zaměření,** 3. **délka odborné praxe** 4. **účast na projektu/projektech, pokud je vyžadována** 5. **případně vzdělání, školení.** | | | |
| ***Datum:***  ***V* =VYPLNÍ DODAVATEL=**  **dne =VYPLNÍ DODAVATEL=** | | **Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje v čestném prohlášení a seznamech jsou pravdivé.**  ***Podpis oprávněné osoby jednat jménem či za dodavatele:***  **=VYPLNÍ A PODEPÍŠE DODAVATEL=**  Jméno a příjmení:  Funkce, oprávnění: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZNAM PODDODAVATELŮ**  **podle čl. 6.4. ZD** | | | |
| ***Název veřejné zakázky*** | **„Nemocniční informační systém“**  nadlimitní veřejná zakázka na služby zadávaná v otevřeném řízení podle zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (ZZVZ) | | |
| ***Identifikační údaje zadavatele*** | **Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa a.s.**  Sídlo: Purkyňova 1849, 470 01 Česká Lípa  IČO: 27283518  Zastoupený: Ing. Pavlem Markem, předsedou představenstva | | |
| **IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE DODAVATELE** | | | |
| ***Obchodní firma/název/jméno, příjmení*** | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Právní forma*** (popř. údaj o zápisu v OR) | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Identifikační číslo*** | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Sídlo/místo podnikání/místo trvalého pobytu*** | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| ***Oprávněná osoba jednat jménem či za dodavatele*** | | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=**  Jméno a příjmení:  Funkce:  Kontakt (e-mail, tel.):  Oprávnění zastupovat (odkaz na OR, popř. na plnou moc): |
| 1. **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený dodavatel bude plnit část veřejné zakázky prostřednictvím následujících poddodavatelů:**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | ***Identifikační údaje poddodavatele*** | ***Kontaktní údaje poddodavatele (e-mail, tel.)*** | ***Popis věcného plnění, které bude poddodavatel zajišťovat*** | | **1.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | | **2.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | | **3.** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |  1. **Jako oprávněný zástupce čestně prohlašuji, že výše uvedený dodavatel provede veřejnou zakázku vlastními silami bez využití poddodavatelů.**   ***Poznámka: dodavatel podle skutečnosti vybere variantu A) nebo B) a neplatnou variantu vymaže*** | | | |
| ***Datum:***  ***V* =VYPLNÍ DODAVATEL=**  **dne =VYPLNÍ DODAVATEL=** | | **Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje v čestném prohlášení jsou pravdivé.**  ***Podpis oprávněné osoby jednat jménem či za dodavatele:***  **=VYPLNÍ A PODEPÍŠE DODAVATEL=**  Jméno a příjmení:  Funkce, oprávnění: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBSAH NABÍDKY** | | | |
| ***Název veřejné zakázky*** | | **„Nemocniční informační systém“**  nadlimitní veřejná zakázka na služby zadávaná v otevřeném řízení podle zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (ZZVZ) | |
| ***Identifikační údaje zadavatele*** | | **Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa a.s.**  Sídlo: Purkyňova 1849, 470 01 Česká Lípa  IČO: 27283518  Zastoupený: Ing. Pavlem Markem, předsedou představenstva | |
| ***Identifikační údaje dodavatele*** | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** | |
| ***Pořadí*** | ***Dokument*** | | ***Strana nabídky*** |
| 1. | **Obsah** | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 2. | **Kvalifikace** | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 3. | **Návrhy smlouvy o dílo, smlouvy o technické podpoře, smlouvy o vzdáleném přístupu a smlouvy na ochranu osobních údajů** | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 4. | **Nabízené technické řešení a videa scénářů určených k hodnocení na datovém nosiči** | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 5. | **Cenová tabulka** | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 6. | **Poddodavatelé** | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| 7. | **Ostatní dokumenty** | | **=VYPLNÍ DODAVATEL=** |
| **Celkový počet stran nabídky: =VYPLNÍ DODAVATEL=** | | | |