**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 LípaIČO: 27283518Zastoupený: 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 projektu1. **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 dokumentace1. **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 systémy1. **jméno a příjmení,**
2. **odbornost - profesní zaměření,**
3. **délka odborné praxe**
4. **účast na projektu/projektech, pokud je vyžadována**
5. **případně vzdělání, školení.**

Analytik1. **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 LípaIČO: 27283518Zastoupený: 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 LípaIČO: 27283518Zastoupený: 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=** |