**IZJAVA/PODATKI O UDELEŽBI FIZIČNIH IN PRAVNIH OSEB V LASTNIŠTVU PONUDNIKA**

ter o gospodarskih subjektih, za katere se glede na določbe zakona, ki ureja gospodarske družbe, šteje, da so povezane družbe s ponudnikom (šesti odstavek 14. člena Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije, Uradni list RS, št. 69/2011).

|  |
| --- |
| **Naročilo** |
| **Naročnik** | **Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica****Ulica padlih borcev 13A****5290 Šempeter pri Gorici** |
| **Oznaka** |  |
| **Predmet** | **Izvajanje nalog pooblaščenega zdravnika** |
| **Podatki o pravni osebi – ponudniku** |
| **Polno ime oz. naziv ponudnika** |  |
| **Sedež ponudnika** |  |
| **Občina sedeža ponudnika** |  |
| **Številka vpisa v sodni register (št. vložka)** |  |
| **Matična številka podjetja** |  |

Spodaj podpisani zastopnik izjavljam, da so pri lastništvu zgoraj navedenega ponudnika udeleženi naslednji subjekti (fizične in pravne osebe):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Št.** | **Ime in priimek/Naziv:** | **Naslov stalnega bivališča/Sedež:** | **Delež lastništva v %** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **....** |  |  |  |

Spodaj podpisani zastopnik izjavljam, da so skladno z določbami zakona, ki ureja gospodarske družbe, povezane družbe z zgoraj navedenim ponudnikom, naslednji gospodarski subjekti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Št.** | **Naziv** | **Sedež** | **Matična številka** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **...** |  |  |  |

*\*V primeru, da ponudnik ne bo izpolnil zgornje tabele, bo naročnik štel, da ponudnik izjavlja, da nima povezanih družb.*

**Ponudnik lahko vse zgoraj zahtevane podatke predloži tudi v elektronski obliki.**

Če ponudnik predloži lažno izjavo oziroma da neresnične podatke o navedenih dejstvih, ima to za posledico ničnost pogodbe/okvirnega sporazuma.

Zakoniti zastopnik: V/na       , dne

 Ime in priimek:

 Podpis in žig:

*V primeru, da ponudnik nastopa s partnerji, se predmetni obrazec predloži tudi za partnerje.*