**MENIČNA IZJAVA S POOBLASTILOM ZA IZPOLNITEV MENICE**

|  |
| --- |
| **PONUDNIK/IZDAJATELJ MENICE** |
| **Naziv in sedež** |       |
| **Zakoniti zastopnik oz. pooblaščenec** |       |

nepreklicno in brezpogojno izjavljam, da pooblaščam

|  |
| --- |
| **NAROČNIKA** |
| **Naziv in sedež** | Splošna bolnišnica "dr. Franca Derganca" Nova GoricaUlica padlih borcev 13A5290 Šempeter pri Gorici |
| **Poslovni račun** | SI56 0110 0603 0279 058 |

da lahko podpisano bianco menico, ki je bila izročena kot **zavarovanje za dobro izvedbo pogodbenih obveznosti** za javno naročilo

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaka javnega naročila** | **270-7/2020** |
| **Predmet javnega naročila** | **Anestezijski aparat (1 kos) s potrošnim materialom in vzdrževanjem** |

skladno z določili dokumentacije v zvezi z oddajo javnega naročila in ponudbe za predmetno javno naročilo, brez poprejšnjega obvestila izpolni v vseh neizpolnjenih delih največ do zneska \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **EUR** *(10% pogodbene vrednostiv EUR z DDV) z veljavnostjo do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

Izdajatelj menice se odreka vsem ugovorom (tudi ugovorom v sodnem postopku) proti tako izpolnjeni menici in se zavezuje menico plačati, ko dospe, v gotovini.

Menični znesek se nakaže ne račun naročnika. Izdajatelj menice izjavlja, da se zaveda pravnih posledic izdaje menice v zavarovanje. Menica naj se izpolni s klavzulo »BREZ PROTESTA«.

Izdajatelj menice hkrati POOBLAŠČAM naročnika, da predloži menico na unovčenje in izrecno dovoljujem banki izplačilo take menice.

Tako dajem NALOG ZA PLAČILO oz. POOBLASTILO vsem spodaj navedenim bankam iz naslednjih mojih računov:

|  |  |
| --- | --- |
| **Banka in št. TRR** |  |
| **Banka in št. TRR** |  |

V primeru odprtja dodatnega računa, ki ni zgoraj naveden, izrecno dovoljujem izplačilo menice in pooblaščam banko oz. katerokoli drugo osebo pri kateri je takšen račun odprt, v katerega breme je možno poplačilo te menice, da izvede plačilo.

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** | **Izdajatelj menice** *(podpis in žig)* |
|  |  |