**ZAHTEVEK ZA PODATKE IZ KAZENSKE EVIDENCE PRAVNIH OSEB**

|  |  |
| --- | --- |
| **Javno naročilo** | |
| **Naročnik** | **Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica**  **Ulica padlih borcev 13A**  **5290 Šempeter pri Gorici** |
| **Oznaka javnega naročila** | 200-17/2024 |
| **Predmet javnega naročila** | **MP za artroskopijo**  Sklop 1: MP za artroskopijo-ostalo; JR 1557-1  Sklop 2: MP za artroskopijo-elektroda koagulac; JR 1557-2  Sklop 3: MP za artroskopijo-nož shaver; JR 1557-3  Sklop 4: MP za artroskopijo-vijaki interferenčni; JR 1557-4  Sklop 5: MP za artroskopijo-nastavki za shaver; JR 1557-5  Sklop 6: MP za artroskopijo-artroskop; JR 1557-6 |
| **Podatki o gospodarskem subjektu** | |
| **Polno ime gospodarskega subjekta** |  |
| **Sedež gospodarskega subjekta** |  |
| **Občina sedeža gospodarskega subjekta** |  |
| **Matična številka sedeža gospodarskega subjekta** |  |
| **Namen izdaje potrdila** | Preverjanje izpolnjevanja pogojev iz 75. člena ZJN-3 v postopku oddaje zgoraj navedenega javnega naročila. |

Spodaj podpisani pooblastitelj, pooblaščam naročnika, da za potrebe izvedbe predmetnega javnega naročila pridobi vse potrebne podatke oz. potrdilo iz kazenske evidence pravnih oseb pristojnega organa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| V/na      , dne | | |
|  |  |  |
| **Zastopnik/prokurist (ime in priimek)** | **Podpis** | **Žig** |
|  |  |  |

**ZAHTEVEK ZA PODATKE IZ KAZENSKE EVIDENCE FIZIČNIH OSEB**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Javno naročilo** | | |
| **Naročnik** | **Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca« Nova Gorica**  **Ulica padlih borcev 13A**  **5290 Šempeter pri Gorici** | |
| **Oznaka javnega naročila** | 200-17/2024 | |
| **Predmet javnega naročila** | **MP za artroskopijo**  Sklop 1: MP za artroskopijo-ostalo; JR 1557-1  Sklop 2: MP za artroskopijo-elektroda koagulac; JR 1557-2  Sklop 3: MP za artroskopijo-nož shaver; JR 1557-3  Sklop 4: MP za artroskopijo-vijaki interferenčni; JR 1557-4  Sklop 5: MP za artroskopijo-nastavki za shaver; JR 1557-5  Sklop 6: MP za artroskopijo-artroskop; JR 1557-6 | |
| **Podatki o fizični osebi** | | |
| **EMŠO** |  | |
| **Ime in priimek** |  | |
| **Datum rojstva** |  | |
| **Kraj rojstva** |  | |
| **Občina rojstva** |  | |
| **Stalno/začasno bivališče** | **Ulica in hišna številka** |  |
| **Poštna številka in pošta** |  |
| **Državljanstvo** |  | |
| **Moje prejšnje osebno ime se je glasilo** |  | |
| **Namen izdaje potrdila** | Preverjanje izpolnjevanja pogojev iz 75. člena ZJN-3 v postopku oddaje zgoraj navedenega javnega naročila. | |

Spodaj podpisani pooblastitelj, pooblaščam naročnika, da za potrebe izvedbe predmetnega javnega naročila pridobi vse potrebne podatke oz. potrdilo iz kazenske evidence fizičnih oseb pristojnega organa.

|  |  |
| --- | --- |
| **V/na** **dne,** | |
|  |  |
| **Pooblastitelj (ime in priimek)** | **Podpis** |
|  |  |