CI-2021-15

**1.pielikums**

**PIETEIKUMS**

|  |
| --- |
| **Informācija par pretendentu** |
| Pretendenta nosaukums (vai vārds, uzvārds): |  |
| Reģistrācijas numurs (vai personas kods): |  |
| Juridiskā adrese: |  |
| Pasta adrese: |  |
| Tālrunis: |  | Fakss: |  |
| E-pasta adrese: |  |
| Vispārējā interneta adrese: |  |
|  |
| **Finanšu rekvizīti¹** |
| Bankas nosaukums: |  |
| Bankas kods: |  |
| Konta numurs: |  |
|  |
| **Informācija par pretendenta kontaktpersonu** |
| Vārds, uzvārds: |  |
| Ieņemamais amats: |  |
| Tālrunis: |  | Fakss: |  |
| E-pasta adrese: |  |

Parakstot šo pieteikumu, apliecinām savu dalību un iesniedzam savu piedāvājumu (turpmāk- Piedāvājums) cenu izpētē **Medicīnisko ierīču iegāde projekta “Aprūpes infrastruktūras un tehniskā nodrošinājuma uzlabošana Nīcas ambulancē praktizējošām ģimenes ārsta praksēm” ietvaros, identifikācijas Nr. CI-2021-15 (turpmāk – Cenu izpēte). Parakstot šo pieteikumu, mēs apliecinām, ka:**

1. esam iepazinušies ar cenu izpētes nolikumu, tehnisko specifikāciju (4.pielikums) un piekrītam to nosacījumiem;
2. šis Piedāvājums ir sagatavots individuāli un nav saskaņots ar konkurentiem;
3. ar šo mēs apstiprinām, ka mūsu Piedāvājums ir spēkā 120 (viens simts divdesmit) dienas, skaitot no piedāvājumu atvēršanas dienas;
4. visa piedāvājumā sniegtā informācija ir patiesa;
5. gadījumā, ja tiksim atzīti par cenu izpētes uzvarētāju, līgumsaistību izpildei tiks nozīmēta atbildīgā persona *(amats, vārds, uzvārds) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, tālrunis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-pasts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 *(Piedāvājumu pašrocīgi paraksta Pretendenta paraksta tiesīgā amatpersona vai pilnvarotā persona)*

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds,Amats |  |
| Paraksts |  |
| Datums |  |