POOBLASTILO ZA PRIDOBITEV PODATKOV ZA PRAVNE OSEBE

Spodaj podpisani (naziv pooblastitelja):

pooblaščam naročnika **Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor**, da za potrebe preverjanja izpolnjevanja pogojev v postopku oddaje javnega naročila **»Vzdrževanje in dodelava medicinskega informacijskega sistema Medis«** od Ministrstva za pravosodje pridobi potrdilo iz kazenske evidence pravnih oseb.

PODATKI O PRAVNI OSEBI:

Naziv ponudnika:

Naslov ponudnika:

ID za DDV:       Matična številka podjetja:

Št. vpisa v sodni register (vložna številka):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kraj in datum: | Žig: | Podpis zastopnika/pooblaščene osebe ponudnika: |
|  |  |  |

**NAVODILO:**

* Obrazec se izpolni in podpiše.
* Obrazec morajo izpolniti vsi ponudniki, posamezni člani skupine ponudnikov v okviru skupne ponudbe in nominirani podizvajalci ter subjekti, na katere zmogljivosti se ponudnik sklicuje.
* Ponudnik naloži obrazec v informacijski sistem e-JN, v razdelek »Drugi dokumenti«