**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 Gorica****Ulica padlih borcev 13A****5290 Šempeter pri Gorici** |
| **Poslovni račun** | SI56 0110 0603 0279 058 |

da lahko podpisano bianco menico, ki je bila izročena kot **zavarovanje za odpravo napak v garancijskem roku** za javno naročilo

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaka javnega naročila** | **272-2/2025** |
| **Predmet javnega naročila** | **Vzdrževalna dela na 5.B oddelku v SB Nova Gorica** |

skladno z določili dokumentacije v zvezi z oddajo javnega naročila, ponudbe in podpisane pogodbe za predmetno javno naročilo, brez poprejšnjega obvestila izpolni v vseh neizpolnjenih delih največ do zneska       **EUR** *(5% pogodbene vrednosti v EUR z DDV) z veljavnostjo do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (za čas garancije + 30 dni).*

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)* |
|  |  |