**IZJAVA GLEDE NEPOSREDNEGA PLAČILA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Javno naročilo** | |
| **Naročnik** | **Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica**  **Ulica padlih borcev 13A**  **5290 Šempeter pri Gorici** |
| **Oznaka javnega naročila** | **200-2/2025** |
| **Predmet javnega naročila** | **Sukcesivna dobava testnih lističev z brezplačno uporabo merilnikov za merjenje koncentracije glukoze in protrombinskega časa ob pacientu (POCT) s programsko opremo za obdobje 4 let** |

*Tabele se ustrezno prekopira glede na število podizvajalcev.*

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAHTEVAMO NEPOSREDNO PLAČILO** | DA  NE |
| **Obrazca ni potrebno podpisati v primeru, da podizvajalec neposrednega plačila ne zahteva.** | |

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik podizvajalca soglašam, da naročnik za delo, ki smo ga opravili pri izvedbi predmetnega javnega naročila, plača neposredno na naš transakcijski račun in v znesku, navedenem v zgornji tabeli, in sicer na podlagi računa, ki ga naročniku izstavi glavni izvajalec.

|  |
| --- |
| **Podizvajalec 1** |
|  |
| V/na , dne |
| Ime in priimek: |
| Žig in podpis: |