**POTRDILO O OGLEDU LOKACIJE**

(*izpolniti z vsemi zahtevanimi podatki (čitljivo!))*

|  |  |
| --- | --- |
| **Javno naročilo** | |
| **Naročnik** | **Republika Slovenija**  **Ministrstvo za zdravje**  **Štefanova ulica 5**  **1000 Ljubljana** |
| **Uporabnik in pooblaščeni naročnik** | **Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica**  **Ulica padlih borcev 13A**  **5290 Šempeter pri Gorici** |
| **Oznaka javnega naročila** | **260-1/2025** |
| **Predmet javnega naročila** | **Nakup robotiziranega sistema za pripravo, shranjevanje in razdeljevanje zdravil za lekarno SB NG** |

Naročnik potrjuje, da si je ponudnik pred oddajo ponudbe v spremstvu pooblaščenega predstavnika naročnika ogledal lokacijo, ki je predmet razpisa.

Gospodarski subjekt *(izpolniti čitljivo)*

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv ponudnika |  |
| Naslov |  |
| Odgovorna/-e oseba/-e ponudnika (ime, priimek) |  |

Podpis odgovorne osebe ponudnika (ime,priimek,podpis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis pooblaščenega predstavnika naročnika (ime, priimek, podpis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V Šempetru pri Gorici, dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_