

Понуда бр. _____ од _____ за набавку услуге – документација за регистрацију, лиценцу и коришћење извора зрачења.

Обавезујемо се да квалитетно извршимо набавку наведене услуге поштујући све важеће прописе и стандарде.

Понуду доставити скенирано на емаил nabavke@dzmladenovac.rs или поштом на адресу Дом здравља Младеновац Краљице Марије број 15 најкасније до 15.04.2022. године до 12 часова.

Критеријум за избор је најнижа понуђена цена под истим условима.

ОПШТИ ПОДАЦИ О ПОНУЂАЧУ

НАЗИВ ПОНУЂАЧА:		
АДРЕСА ПОНУЂАЧА:		
МАТИЧНИ БРОЈ ПОНУЂАЧА:		
ПИБ:		
ИМЕ ОСОБЕ ЗА КОНТАКТ:		
ЕЛЕКТРОНСКА ПОШТА (e-mail):		
ТЕЛЕФОН:		
ТЕЛЕФАКС:		
Број рачуна понуђача и назив банке:		
Лице овлашћено за потписивање уговора:		
ОДГОВОРНО ЛИЦЕ – директор:		
Прихватам све услове постављене конкурсном документацијом, (заокружити опцију-или обележити на одговарајући начин да се може закључити која опција је у питању)!	ДА	НЕ

Штамбиљ понуђача

Број понуде: _____

ПОНУДА ЗА ДОКУМЕНТАЦИЈУ ЗА РЕГИСТРАЦИЈУ, ЛИЦЕНЦУ И КОРИШЋЕЊЕ
ИЗВОРА ЗРАЧЕЊА

Р.Б.	Опис (назив услуге)	Јед. мере	коли чина	Цена по јед. мере без ПДВ-а	Укупно без ПДВ-а	Укупно са ПДВ-ом
1.	Извештај о сигурности за радијациону делатност ниског ризика	Ком.	1			
2.	Извештај о сигурности за радијациону делатност умереног ризика	Ком.	1			
3.	Програм заштите за радијациону делатност ниског ризика	Ком.	1			
4.	Програм заштите за радијациону делатност умереног ризика	Ком.	1			
Укупно						

Напомена: Уз понуду је неопходно доставити важеће овлашћење за израду извештаја о сигурности и израду програма заштите од јонизујућих зрачења издато од стране Директората за радијациону делатност и нуклеарну сигурност и безбедност Србије.

Услови:

Начин, рок и услови плаћања: _____

Рок важења понуде изражен у броју дана од дана отварања (не може бити краћи од 30 дана): _____

Време извршења услуге: _____

Остали услови: _____

Место: _____

Датум: _____

М.П.

Потпис овлашћеног лица
