**OBR 1**

**P O N U D B A št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Opis predmeta naročila: **»Zdravstveni pregledi zaposlenih na BC Naklo 2024/25«**
2. Podatki o ponudniku:

Naziv podjetja:

Zakoniti zastopnik:

Identifikacijska številka za DDV: Matična številka:

Naslov:

Elektronski naslov: TRR:

Številka telefona:

Kontaktna oseba:

Odgovorna oseba za obveščanje:

**PONUDNIK SOGLAŠA S POGOJI NAROČILA~~!~~**

Datum, kraj: Ime in priimek ponudnika:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Žig in podpis ponudnika*