***OBRAZEC 1***

**PRODAJALEC: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije**

**Miklošičeva cesta 24, 1000 Ljubljana**

**Javna dražba za prodajo rabljenega pohištva** Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, št. zadeve: 450-2/2025-DI/1, objava na spletni strani ZZZS dne 20. 6. 2025.

**PODATKI O DRAŽITELJU**

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv podjetja / Ime in priimek |  |
| Sedež oz. naslov |  |
| ID št. za DDV / Davčna številka |  |
| EMŠO |  |
| Številka TRR računa in naziv banke |  |
| Kontaktni podatki (telefonska številka ali elektronski naslov) |  |
| Zakoniti zastopniki dražitelja |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj in datum: |  |
| Podpis dražitelja: |  |

***\*OPOMBA: V primeru, da je dražitelj pravna oseba, obrazec izpolni, ožigosa in podpiše zakoniti zastopnik pravne osebe.***

***OBRAZEC 2***

**PRODAJALEC: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije**

**Miklošičeva cesta 24, 1000 Ljubljana**

**DRAŽITELJ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(firma oz. ime in priimek ponudnika)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(sedež oz. naslov ponudnika)*

**IZJAVA O SPREJEMANJU POGOJEV JAVNE DRAŽBE**

Kot dražitelj v postopku **javne dražbe za prodajo rabljenega pohištva - stolov** Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (št. zadeve: 450-2/2025-DI/1) pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam:

* da sem seznanjen in v celoti sprejemam vse pogoje iz razpisne dokumentacije ter soglašam, da bodo ti pogoji v celoti sestavni del pogodbe, če bom izbran, ter izjavljam, da so podatki, ki so podani v dokumentaciji, resnični in da nisem posredoval zavajajočih podatkov.

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj in datum: |  |
| Podpis dražitelja: |  |

***\*OPOMBA: V primeru, da je dražitelj pravna oseba, obrazec izpolni, ožigosa in podpiše zakoniti zastopnik pravne osebe.***