

**IZJAVA  
o raspolaganju medicinskom opremom**

Ponuditelj \_\_\_\_\_  
(naziv ponuditelja, adresa i OIB)

izričito potvrđuje da raspolaže sa svom medicinskom opremom potrebnom za izvršenje predmeta nabave – sistematski pregled po specifikaciji opisanoj u Troškovniku –Prilog II.

Ponuditelj potvrđuje istinitost izjave potpisom ovlaštene osobe i pečatom.

Datum:\_\_\_\_\_.

ZA PONUDITELJA:  
(ime i prezime te potpis ovlaštene osobe)

\_\_\_\_\_

M.P.