

## PIETEIKUMS DALĪBAI IEPIRKUMAM

## „Latvijas Universitātes Cietvielu fizikas institūta darbinieku veselības apdrošināšana”

Pasūtītājs: Latvijas Universitātes Cietvielu fizikas institūts

Iepirkums Nr.: LU CFI 2017/10

\_\_\_\_\_  
/Datums/Pretendents, \_\_\_\_\_, nodokļu maksātāja reģistrācijas Nr.\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (vadītāja vai pilnvarotās personas vārds un uzvārds, amats) persona (turpmāk – *Pretendents*),

ar šī pieteikuma iesniegšanu:

1. Pretendents piesakās piedalīties iepirkumā “**Latvijas Universitātes Cietvielu fizikas institūta darbinieku veselības apdrošināšana**”, ID Nr. LU CFI 2017/10 (turpmāk – *Iepirkums*) un apstiprina, ka piekrītam iepirkuma nolikumam un pievienotā līguma projekta noteikumiem.
2. Pretendents apliecina, ka tas atbilst Konkursa nolikuma prasībām un tam ir sekojoša pieredze veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanā (nolikuma 3.2.1.5. punkts):

Pakalpojuma sniegšanas laiks	Klienta nosaukums	Apdrošināto skaits	Klienta kontaktinformācija (kontaktpersonas vārds, uzvārds, tālruna nr. un/vai e-pasts)

3. Pretendents garantē, ka visas Iepirkuma sniegtās ziņas ir patiesas.
4. Pretendents apliecina, ka visi apdrošināšanas līguma izpildes apstākļi un apjomi pirms piedāvājuma iesniegšanas ir izvērtēti un skaidri, veselības apdrošināšanas pakalpojums tiks realizēts, nepārkāpjot normatīvo aktu prasības un publisko iepirkumu ierobežojumus, atbilstoši pievienotā Līguma noteikumiem un Pretendenta piedāvājumam, ko Pretendents apņemas pildīt visu apdrošināšanas periodu.
5. Informācija par Pretendentu<sup>1</sup>.

Nosaukums:	
Jurid. un/vai faktiskā adrese	
Reģ.Nr	
PVN maksātāja Nr.	
Banka, kods un konta numurs	
Tālrunis, fakss, e-pasts	
Pilnvarotās personas vārds, uzvārds, amats	
Pilnvarotās personas paraksts	

<sup>1</sup> Ja pretendents ir personu apvienību, tad norādāma informācija par katru no apvienības viedriem, norādot, kurš pārstāv apvienību iepirkumā.