РЕПУБЛИКА СРБИЈА

AП ВОЈВОДИНА

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ВОЈВОДИНЕ

Адреса: Футошка 121, 21000 НОВИ САД

[www.izjzv.org.rs](http://www.izjzv.org.rs)

Број: 01-1426/2

Датум: 03.10.2023. године

## На основу члана 27. став 1. тачка 1. Закона о јавним набавкама („Службени гласник РС“ број 91/19) Финанасијског плана и Плана набавки Института за јавно здравље Војводине за 2023. годину на које се Закон о јавним набавкама не примењуј и Одлуке о спровођењу набавке 01-1426/1 од 02.10.2023. године, објављујемо/достављамо:

## П О З И В

**за достављање понуда**

**НА-39/2023**

Позивамо вас да доставите понуду за набавку „**Набавка фотографија за изложбу“** која је планиране у Плану набавки установе, а у складу са спецификацијом која се налази у прилогу овог позива.

Понуду доставити на обрасцу који се налази у прилогу овог позива. Обавезно попунити све податке у обрасцу.

**Критеријум за избор**: најнижа понуђена цена

**Услови плаћања**: на текући рачун извршиоца у року од 30 дана од дана пријема исправне фактуре.

**Начин достављања понуда**: Понуде са припадајућом документацијом се достављају путем

А) поште или лично у седишту наручиоца, на адреси: Футошка 121, 21000 Нови Сад, у затвореној коверти са назнаком „Набавка фотографија за изложбу “

или

Б) електронским путем на е-маил адресу: marko.nikolic@izjzv.org.rs

Рок за подношење понуда: Рок за подношење понуда је **4** дана од дана објављивања/упућивања позива за подношење понуда, односно **до 06.10.2023**. године у 14:00 часова Све понуде које пристигну на адресу наручиоца до назначеног рока, сматраће се благовременим. Неблаговремене понуде се неће разматрати и биће неотворене враћене понуђачу.

Контакт особа: Марко Николић, телефон 063/630-025, путем електронске поште: [marko.nikolic@izjzv.org.rs](mailto:marko.nikolic@izjzv.org.rs)

**Образац понуде број: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_од\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023год.**

|  |  |
| --- | --- |
| НАЗИВ ПОНУЂАЧА |  |
| СЕДИШТЕ И АДРЕСА |  |
| ТЕЛЕФОН |  |
| ФАКС |  |
| Е-МАИЛ |  |
| ШИФРА ДЕЛАТНОСТИ |  |
| МАТИЧНИ БРОЈ |  |
| ПИБ |  |
| БРОЈ ТЕКУЋЕГ РАЧУНА |  |
| НАЗИВ БАНКЕ |  |
| У СИСТЕМУ ПДВ-А |  |
| ОСОБА ЗА КОНТАКТ |  |
| БРОЈ ТЕЛЕФОНА ОСОБЕ ЗА КОНТАКТ |  |
| ОВЛАШЋЕНО ЛИЦЕ ЗА ПОТПИСИВАЊЕ УГОВОРА |  |
| ТЕЛЕФОН ОВЛАШЋЕНОГ ЛИЦА |  |
| ОДГОВОРНО ЛИЦЕ КОЈЕ РУКОВОДИ ИЗВРШЕЊЕМ НАБАВКЕ |  |
| БРОЈ ТЕЛЕФОНА ОДГОВОРНОГ ЛИЦА |  |

ПОНУЂАЧ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

**ТЕХНИЧКА СПЕЦИФИКАЦИЈА СА ПОНУДОМ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Опис** | **Јединица мере** | **Количина** | **Јединична цена услуге без ПДВ-а** | **Укупна цена без ПДВ-а** | **Укупна цена са ПДВ-ом** |
| **Штампа изабраних фотографија за изложбу (Димензија 15x21цм)** | Комад | 80 |  |  |  |

Извршење услуге ће се вршити у договору са центром за промоцију здравља Института истог дана по завршетку набавке и поручивања.

**РОК ПЛАЋАЊА:**

Рок плаћања износи максимално 30 дана од дана испостављање исправне фактуре.

**Напомена:** Понуде са авансним роком плаћања ће се сматрати као неприхватљиве.

Исправно достављен Регистрован рачун у Централном регистру фактура, представља основ за плаћање уговорне цене.

**РОК ВАЖЕЊА ПОНУДЕ:**

Понуда важи \_\_\_\_\_\_\_\_ дана од дана отварања понуда

Напомена: понуђач уписује број дана важења понуде – не може бити краћи од 30 дана од дана отварања понуда.

МЕСТО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПОНУЂАЧ:

ДАТУМ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОБРАЗАЦ ИЗЈАВЕ О ИСПУЊАВАЊУ УСЛОВА ЗА УЧЕШЋЕ У НАБАВЦИ**

**НА-39/2023**

У поступку набавке НА-39/2023, као овлашћено лице понуђача дајем следећу

И З Ј А В У

Понуђач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Адреса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Матични број: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

испуњава све захтеване услове за учешће, утврђене позивом.

Датум: М.П. Потпис овлашћеног лица понуђача:

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

Уколико понуду подноси група понуђача, потребно је да се наведени образац Изјаве фотокопира у довољном броју примерака попуни и потпише за сваког члана групе понуђача (као и за носиоца посла групе понуђача).