### POOBLASTILO ZA PRIDOBITEV POTRDILA IZ KAZENSKE EVIDENCE – ZA FIZIČNE OSEBE

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek), pooblaščam Ortopedsko bolnišnica Valdoltra, Jadranska 31, 6280 Ankaran, da za potrebe preverjanja izpolnjevanja pogojev v postopku oddaje javnega naročila, od Ministrstva za pravosodje pridobi potrdilo iz kazenske evidence.

Moji osebni podatki so naslednji:

EMŠO:

DATUM ROJSTVA:

KRAJ ROJSTVA:

OBČINA ROJSTVA:

DRŽAVA ROJSTVA:

NASLOV STALNEGA/ZAČASNEGA BIVALIŠČA:

* (ulica in hišna številka)
* (poštna številka in pošta)

DRŽAVLJANSTVO:

MOJ PREJŠNJI PRIIMEK SE JE GLASIL:

DATUM: PODPIS POOBLASTITELJA:

### POOBLASTILO ZA PRIDOBITEV POTRDILA IZ KAZENSKE EVIDENCE – ZA PRAVNE OSEBE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(naziv pooblastitelja) pooblaščam Ortopedsko bolnišnico Valdoltra, Jadranska c. 31, 6280 Ankaran, da za potrebe preverjanja izpolnjevanja pogojev v postopku oddaje javnega naročila, od Ministrstva za pravosodje pridobi potrdilo iz kazenske evidence.

Podatki o pravni osebi:

Polno ime podjetja:

Sedež podjetja:

Občina sedeža podjetja:

Številka vpisa v sodni register (št. vložka):

Matična številka podjetja:

DATUM: ŽIG IN PODPIS POOBLAŠČENE OSEBE