|  |  |
| --- | --- |
|  | **КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР ВОЈВОДИНЕ****KLINIČKI CENTAR VOJVODIN**E21000 Нови Сад, Хајдук Вељкова 1телефон: +381 21/484 3 484[www.kcv.rs](http://www.kcv.rs), e-mail: uprava@kcv.rs |

**ИЗMEНA КOНКУРСНE ДOКУMEНTAЦИJE 2**

# Страна 13 од 39, тачка 5. (поглавље 4 - УСЛОВИ ЗА УЧЕШЋЕ У ПОСТУПКУ ЈАВНЕ НАБАВКЕ ИЗ ЧЛ. 75. И 76. ЗАКОНА И УПУТСТВО КАКО СЕ ДОКАЗУЈЕ ИСПУЊЕНОСТ ТИХ УСЛОВА, ДОДАТНИ УСЛОВИ ЗА УЧЕШЋЕ У ПОСТУПКУ ЈАВНЕ НАБАВКЕ ИЗ ЧЛАНА 76. ЗАКОНА)

1. Страна 30 од 39 (поглавље 8 - ОБРАЗАЦ ПОТВРДЕ - РЕФЕРЕНТНА ЛИСТА)

НАПОМЕНА: Извршене измене конкурсне документације су обележене црвеном бојом

|  |
| --- |
| **ДОДАТНИ УСЛОВИ ЗА УЧЕШЋЕ У ПОСТУПКУ ЈАВНЕ НАБАВКЕ ИЗ ЧЛАНА 76. ЗАКОНА** |
| 5. | Да понуђач располаже неопходним финансијским и пословним капацитетом, **а.**  у периоду од претходне три године( 2013, 2014 и 2015. годину), пре објављивања Јавног позива Понуђач не сме имати евидентиран ниједан дан неликвидности, за дати период.**б.** да располаже апсолутном разликом гарантне резерве и маргине солвентности од минимум **2.100.000.000,00** динара на дан 31.12.2014. године**в.** да је систем пословање усагласио са захтевима стандарда ИСО 9001 - важећи сертификат, који гласи на понуђача, издат од акредитованог сертификационог тела г. Потребно је да понуђач у периоду од 01.01.2011. године до 31.12.2015. године има извршене услуге у осигурању имовине од пожара и неких других опасности код најмање 10 осигураника, / УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА са трајањем осигурања најкраће годину дана, а чија сума осигурања по осигуранику / уговору износи најмање 5.000.000.000,00 динара (словима: пет милијарди динара).д. Потребно је да понуђач у периоду од 01.01.2011. године до 31.12.2015. године има извршене услуге у осигурању машина од лома и  | **Доказ за правно лице/предузетника/физичко лице:****а.** Потврда Народне банке Србије, Одељење за пријем, контролу и унос основа и налога – Крагујевац, о броју дана неликвидности, за период од претходне три обрачунске године ( 2013, 2014 и 2015. годину)**б.** мишљење овлашћеног акутара за 2014. годину**в.** важећи сертификат о усаглашености система квалитета са захтевима ИСО 9001 који гласи на понуђача издат од стране надлежног акредитационог тела да је понуђач имплементирао Систем менаџмента квалитетом према захтевима стандарда ISO 9001:2008.г.Фотокопије закључених полиса осигурања од пожара и неких других опасности и**Потписан образац потврда- референтна листа (у прилогу образац бр. 8)**д.Фотокопије закључених полиса осигурања лома машина и неких других опасности **Потписан образац потврде- референтна листа (у прилогу** |  |

Страна 13 од 39

1. **ОБРАЗАЦ ПОТВРДЕ - РЕФЕРЕНТНА ЛИСТА**

Назив купца/ наручиоца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Седиште, улица и број :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ПИБ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**П О Т В Р Д А**

којом потврђује да је понуђач

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

*(назив и седиште понуђача)*

**у 2015., 2014., 2013., 2012. и 2011.**  Наручиоцу (Осигуранику) осигурао:

Врста осигурања и осигурана сума: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Потвда се издаје на захтев понуђача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ради учешћа у отвореном поступку јавне набавке: Осигурање имовине и запослених лица у Клиничком центру Војводине, бр. 13-16-О.

Да су подаци тачни својим печатом и потписом потврђује:

 М.П.

Издавалац потврде :

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

потпис овлашћеног лица

ПРИЛОГ УЗ ПОТВРДУ :

* фотокопије полиса осигурања

Страна 30 од 39