|  |
| --- |
| **Образац бр. 5** |

**ИЗЈАВА О ПРЕУЗИМАЊУ ЛАГЕРА ЛЕКОВА**

Ја \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (име и презиме), као овлашћени представник понуђача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*назив понуђача*), pод пуном материјалном, моралном и кривичном одговорношћу, дајем следећу

**ИЗЈАВУ**

да ћe понуђач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*назив понуђача*) преузети комплетано затечени лагер лекова од апотека Дома здравља Бач, по исказаним малопродајним ценама, о чему ће се сачини посебан записник на дан закључења уговора о закупу, односно уласка у посед тј. закуп.

Обавезујем се да ћу у року од 30 дана од дана потписивања уговора о закупу, исплатити целокупан износ утврђеног лагера лекова, на текући рачун Дома здравља Бач бр: 840-83661-84.

Место:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Овлашћено лице понуђача:

Датум: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_