

Załącznik nr do oferty

OŚWIADCZENIE

Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

**WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ
PATOMORFOLOGICZNYCH DLA PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.**

NOP/ŚZ/4/2018

reprezentując firmę (pełna nazwa firmy)

.....
.....

Oświadczam, że:

1. Zrealizujemy całość zadania samodzielnie *
2. W uzasadnionych sytuacjach, po uzyskaniu akceptacji Zamawiającego, prześlemy realizację części zadania podwykonawcom *

* Niepotrzebne skreślić

**WYKAZ CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRE WYKONAWCA
ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM**

Lp.	Wykaz podwykonawców (Nazwa, adres, tel., fax)
1.	
2.	
3.	

....., dnia

Podpis (osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy)
