

Załącznik nr do oferty

OŚWIADCZENIE**Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

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

NOP/ŚZ/7/2018

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. Część zadania, które zamierzamy powierzać podwykonawcom nie przekracza i nie będzie przekraczać przez okres realizacji umowy z Zamawiającym 20% rodzajów świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostyki laboratoryjnej wyszczególnionych w Załączniku nr 1A do Regulaminu*.

* Niepotrzebne skreślić**WYKAZ CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ
PODWYKONAWCOM I INFORMACJE O PODWYKONAWCACH**

Lp .	Wykaz podwykonawców (nazwa, adres, tel., fax, e-mail)	Nazwa skrókowa podwykonawcy	Odległość w km od siedziby Zleceniodawcy
1.			
2.			
...			

....., dnia

Podpis (osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

(pieczęć imienna / firmowa)