

Załącznik nr 4 do SIWZ

Zamawiający:

**Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny
„Pałac Kamieniec” sp. z o.o.
Kamieniec, ul. Polna
42-674 Zbrosławice**

(pełna nazwa/firma, adres)

Wykonawca:

.....
.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

.....
.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)*

INFORMACJA O PODWYKONAWCACH

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na: **„Dostawa leków, materiałów medycznych jednorazowego użytku oraz środków opatrunkowych do Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” sp. z o.o. sukcesywnie na przestrzeni całego 2018 roku”**

składam/y informację o podwykonawcach i zakresie/części zamówienia, który zamierzam/y im powierzyć.

I.p.	Nazwa Podwykonawcy	Adres	Powierzony zakres/część zamówienia

.....
miejsowość, dnia

.....
pieczęć, podpis/y

UWAGA!!!

W przypadku, gdy Wykonawca nie zamierza wykonywać zamówienia przy udziale podwykonawców, należy wpisać „NIE DOTYCZY”