**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 2019 roku”***

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa Podwykonawcy | Adres | Powierzony zakres/część zamówienia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………………………………. …………………………

miejscowość, dnia pieczęć, podpis/y

**UWAGA!!!**

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