**Załącznik nr 4 do SIWZ**

**Zamawiający:** *Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny*

*„Pałac Kamieniec” sp. z o.o.*

*Kamieniec, ul. Polna 2*

*42 – 674 Zbrosławice*

*tel./faks (032) 233 78 19*

*(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 2021 roku”***

oświadczam, że przedmiot zamówienia zamierzam wykonać:

1. siłami własnymi2),
2. przy udziale podwykonawców2)

*2) niepotrzebne skreślić*

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

……………………………………. …………………………

miejscowość, dnia pieczęć, podpis/y

**UWAGA!!!**

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