

Załącznik nr ..... do oferty

**OŚWIADCZENIE**

**Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

**CAŁODOBOWE WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ  
DIAGNOSTYCZNYCH REZONANSEM MAGNETYCZNYM DLA PACJENTÓW  
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU  
W WYDZIERŻAWIONYCH PRZEZ PODMIOT ZEWNĘTRZNY POMIESZCZENIACH  
SZPITALA W CELU UTWORZENIA PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO.**

LMSZ/ŚZ/2/2017

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)

.....  
(pieczęć imienna / firmowa)