

Załącznik nr do oferty

OŚWIADCZENIE**Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ SZPIKU KOSTNEGO/WĘZŁÓW CHŁONNYCH, BADAŃ IMMUNOHISTOCHEMICZNYCH, BARWIEŃ WYBIÓRCZYCH, KONSULTACJI PREPARATÓW, BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH, OZNACZANIA RECEPTORÓW, BADAŃ ANTYGENÓW NOWOTWOROWYCH, OCENY TREPANOBIOPTATU, BADAŃ CYTOLOGICZNYCH DLA PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.

TM/ŚZ/3/2022

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)
