



Załącznik nr 9 do SIWZ

Numer sprawy : SPZOZ/ZP/123/4/2017

Zamawiający:
Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Wysokogórska 6
59-420 BOLKÓW

INFORMACJA DOTYCZĄCA PODWYKONAWCÓW

Pełna nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

L.p.	Część zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania podwykonawcom	Nazwa/ firmy podwykonawców

Uwaga: w przypadku wykonywania całego przedmiotu zamówienia siłami własnymi Wykonawca jest zobowiązany zamieścić niniejszy „Załącznik nr ...” do oferty i opatrzyć go adnotacją „**NIE DOTYCZY**”!!!

.....
(data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)