*Pieczęć adresowa firmy Wykonawcy*

**Załącznik nr 2**

**Zamawiający**

SZOZ Pińczów

ul. Klasztorna 6

28 – 400 Pińczów

**OŚWIADCZENIE**

**I. \***

**Oświadczamy, że zakres usługi stanowiącej przedmiot zamówienia, p.n.:**

**„ Budynek usługowy – zespół gabinetów medycznych – etap I„**

wykonamy osobiście bez pomocy podwykonawcy.

Miejsce i data......................... .............................................................................................

*(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II. \***

**Oświadczamy, że przy realizacji usługi stanowiącej przedmiot zamówienia, będą uczestniczyć następujący podwykonawcy - wykaz podwykonawców i zakres prac przez nich wykonywanych jest następujący:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres przewidywanego  podwykonawcy | Zakres powierzonych prac | uwagi |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| …. |  |  |  |

Miejsce i data......................... ............................. ................................................................

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**\*) Wykonawca winien wybrać pkt. I lub pkt. II**