**OŚWIADCZENIE - WYKAZ**

**PODWYKONAWCÓW I DOSTAWCÓW, NA KTÓRYCH PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA LUB**

**PODMIOTÓW, NA KTÓRYCH ZDOLNOŚCIACH TECHNICZNYCH LUB ZAWODOWYCH LUB SYTUACJI FINANSOWEJ LUB EKONOMICZNEJ WYKONAWCA POLEGA W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:** |  |
| pełna nazwa/firma, adresNIP/PESEL, KRS/CEiDG (w zależności od podmiotu) |  |

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| **Dostawy produktów farmaceutycznych i tlenu medycznego** |

**NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE ZAMÓWIENIE PUBLICZNE BĘDZIE REALIZOWANE PRZY UDZIALE NASTĘPUJĄCYCH PODMIOTÓW:**

**1. Wykaz podwykonawców i dostawców, na których przypada ponad 10% wartości zamówienia:** (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**2. Wykaz podmiotów, na których zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia:** (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Oświadczenie niniejsze powinno być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.**