**Wykonawca:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Pieczęć firmowa Wykonawcy)*

|  |
| --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA PODWYKONAWCÓW**  |

**Składając ofertę na ❑ \*) Część nr 1 ❑ \*) Część nr 2** **zamówienia** w postępowaniu pn.:

**GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE DLA PRACOWNIKÓW ORAZ CZŁONKÓW ZARZĄDU WARSZAWSKIEJ KOLEI DOJAZDOWEJ SP. Z O.O. I CZŁONKÓW ICH RODZIN
ORAZ ŚWIADCZENIE USŁUG Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Część zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania podwykonawcom oraz nazwy/firmy podwykonawców** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(miejscowość, data)* *(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

 *Wykonawców występujących wspólnie)*

**\*) poprzez wstawienie znaku „x” w kwadrat należy zaznaczyć, której części zamówienia dotyczy niniejsza Informacja, zgodnie z ofertą złożoną przez Wykonawcę;**