Załącznik nr 4

Informacja dotycząca podwykonawcy

PRZETARG NIEOGRANICZONY

na:

……

1.Zamawiający: Dom Pomocy Społecznej w Chróścinie – Wsi , Chróścin 50 , 98-430 Bolesławiec NIP 619 109 45 34 Regon 000308896.

2.Wykonawca ……
(nazwa wykonawcy winna być zgodna z wpisem do KRS albo CEiDG)

Adres: .....
Województwo: .....
tel./faks .....
adres e-mail: .....

Części zamówienia, których wykonanie wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom	Podwykonawca *(podać pełną nazwę / firmę, adres, a także w zależności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG*

Podpis/y:

Lp	Nazwa wykonawcy	Nazwisko i imię osoby upoważnionej do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy	Podpis osoby upoważnionej do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy	Pieczęć Wykonawcy	Miejscowość i data