Załącznik nr 11 do SWZ

**Zdrowie-Brudzeński Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.**

**ul. Jana Pawła II 2**

**09-414 Brudzeń Duży**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa …................................................................................................

Adres …..................................................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY INFORMUJĄCE,**

**KTÓRE ELEMENTY ZAMÓWIENIA WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

**(Rozdział XII pkt 1 lit. g) SWZ)**

Dotyczy postępowania na: **„Rozbudowę i przebudowę budynku Brudzeńskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej”**

w ramach projektu: „Rozwój Poradni Neurologicznej i Otolaryngologicznej- rozbudowa ZDROWIE-Brudzeńskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Priorytetu V: „ Fundusze Europejskie dla wyższej jakości życia na Mazowszu” Działania 5.6: „Ochrona zdrowia” programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 nr FEMA.05.06-IP.01-07RJ/25-00”

Oświadczam, że:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………  
 *podpis elektroniczny Wykonawcy*