

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń: zaopatrzenie w wyroby medyczne

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			Status D,M,U*	
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy				
Nazwa				
Adres siedziby				
Kod terytorialny i nazwa				
REGON		NIP		
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)				
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon		
Dane rejestrowe podwykonawcy				
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru		
Organ rejestrujący		Data wpisu		
		Data ostatniej aktualizacji		
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa				
Umowa/promesa				
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy		
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych		
Opis przedmiotu podwykonawstwa				

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

*D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto