*Pieczęć Wykonawcy*

pieczęć wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O OBOWIĄZKU PODATKOWYM\***

1. na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

usługę ubezpieczenia Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi

My/Ja, niżej podpisani/y:..........................................................................................................

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

reprezentując :...........................................................................................................................................................

(nazwa i adres Wykonawcy)

w imieniu reprezentowanego przeze mnie/przez nas Wykonawcy oświadczam/my, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazujemy jednocześnie nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi** | **Wartość**  *(bez kwoty podatku)* |
|  |  |  |

**\*UWAGA!**

Wykonawca jest zobowiązany do wypełnienia i dołączenia niniejszego informacji   
do składanej oferty tylko w przypadku powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w związku z wyborem oferty wykonawcy.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

………………………………………………………….……

*(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych*

*do występowania w imieniu Wykonawcy)*