

ZAŁĄCZNIK nr ...

Formularz potwierdzenia płatności przez Podwykonawców

[miejsce, data]

Do:

[...]

z siedzibą w [...]

("Zamawiający/Inwestor")

oraz do:

[...]

(„Wykonawca”)

Działając w imieniu i na rzecz [...] [dane podmiotu, tj. Podwykonawcy, Dalszego Podwykonawcy lub, odpowiednio, Dostawcy, który zastrzegł prawo własności; m.in. firma, siedziba, adres, nr KRS, NIP] („Podwykonawca” / „Dalszy Podwykonawca” / „Dostawca”), jako osoby upoważnione do reprezentowania tego podmiotu, niniejszym nieodwołalnie oświadczamy i potwierdzamy, że:

1. wszelkie płatności wymagalne i należne Podwykonawcy / Dalszemu Podwykonawcy / Dostawcy do dnia i w dniu złożenia niniejszego Oświadczenia, w tym wynagrodzenie Podwykonawcy / Dalszego Podwykonawcy / Dostawcy, z tytułu wykonania zakresu robót Podwykonawcy / Dalszego Podwykonawcy / Dostawcy w ramach realizacji Inwestycji: „Modernizacja Oddziału Wewnętrzny Nr IX na 2 piętrze w budynku A, znajdującego się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu”. wynikające z umowy z dnia [...] roku, zawartej [pomiędzy Wykonawcą a Podwykonawcą / Dostawcą lub, odpowiednio, z Dalszym Podwykonawcą] („Umowa”), zostały w pełni zapłacone przez [Wykonawcę];
2. do dnia i na dzień złożenia niniejszego Oświadczenia nie istnieją żadne wymagalne roszczenia wobec Zamawiającego/ Inwestora ani wobec Wykonawcy z tytułu dotychczas wykonanych przez Podwykonawcę / Dalszego Podwykonawcę / Dostawcę zgodnie z Umową robót w ramach realizacji ww. Inwestycji we Wrocławiu, w tym z tytułu wynagrodzenia, odszkodowania lub innych zobowiązań umownych;
3. w związku z dokonanymi dotychczas płatnościami, o których mowa powyżej, nie będziemy dochodzić żadnych roszczeń z tytułu takich płatności od Zamawiającego/ Inwestora ani Wykonawcy i w tym zakresie zrzekamy się dochodzenia wszelkich roszczeń zarówno od Zamawiającego/ Inwestora, jak i Wykonawcy.

Podwykonawca /Dalszy Podwykonawca /Dostawca wyraża zgodę na wykorzystanie niniejszego Oświadczenia przez Wykonawcę lub Zamawiającego/Inwestora w każdym czasie.

(Imię i nazwisko/Stanowisko/Data/Miejsce)



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

(Podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Podwykonawcy / Dalszego Podwykonawcy / Dostawcy)