

WYKONAWCA:

.....
(pełna nazwa/firma, adres)

w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,
KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

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

ZAMAWIAJĄCY:

Komenda Wojewódzka Policji
w Gdańsku
80-819 Gdańsk
ul. Okopowa 15

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE
ZAMÓWIENIA** składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11.09.2019 r.
Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.)

dotyczące realizacji zakresu przedmiotu zamówienia, przez poszczególnych
wykonawców na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na
**ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH DLA FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW
CYWILNYCH GARNIZONU POMORSKIEGO Z ZAKRESU MEDYCZNY PRACY,**
oświadczam, co następuje:

PARTNER.....
(nazwa i adres Wykonawcy, NIP, REGON, KRS/CEiDG)

zrealizuje następujący zakres zamówienia:

.....
.....
.....

LIDER na podstawie udzielonego pełnomocnictwa z dnia.....

.....
(nazwa i adres Wykonawcy, NIP, REGON, KRS/CEiDG)

zrealizuje następujący zakres zamówienia:

.....
.....
.....

**opatrzyć elektronicznym podpisem kwalifikowanym lub podpisem zaufanym lub
podpisem osobistym osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w
imieniu wykonawcy**