ZPZ-47/10/24 Załącznik nr 7 do SWZ

**Wykonawca:**

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

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:  
 NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

OŚWIADCZENIE

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, o którym mowa   
w art. 117 ust. 4 ustawy**

Będąc uczestnikami postępowania ubiegającymi się wspólnie o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Świadczenie usług hotelarskich i transportowych dla pacjentów   
SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie w trakcie leczenia”, nr sprawy ZPZ-47/10/24 oświadczamy, iż zamówienie będzie przez nas realizowane z uwzględnieniem następującego podziału:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Część zamówienia  (krótki opis) | Wykonawca, który je wykona |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy , zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*