Załącznik nr 5 do SWZ

**OŚWIADCZENIE**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, składane na podstawie art. 117 ust. 4 PZP**

(składane wraz ofertą - jeżeli dotyczy)

Wykonawca ....................................................................................................................................................

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

reprezentowany przez: ……………………………………………………………………………………

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

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.**Usługi medyczne obejmujące profilaktyczne badania lekarskie(wstępne, okresowe, kontrolne, sanitarno – epidemiologiczne, badania diagnostyczne, badania laboratoryjne, badania psychotechniczne, konsultacje specjalistyczne), żołnierzy zawodowych i pracowników resortu obrony narodowej 43 Wojskowego Oddziału Gospodarczego oraz żołnierzy zawodowych i pracowników JW. i instytucji będących na zaopatrzeniu 43WOG   
z rejonu Bolesławiec**, prowadzonego przez 43 Wojskowy Oddział Gospodarczy:

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej określony w pkt. VII ppkt. 2.2) SWZ spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa / Firma Wykonawcy** | **Wymagane uprawnienia** | **Zakres robót, które będą realizowane przez tego wykonawcę** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam(amy), że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Podpis Wykonawcy