**OŚWIADCZENIE SKŁADANE NA PODST. ART. 117 UST. 4 USTAWY PZP**

|  |
| --- |
| **DANE WYKONAWCY 1** |
| Zarejestrowana nazwa, forma prawna Wykonawcy: |
|  |
| **Siedziba Wykonawcy:** |
| miejscowość: |  | adres: |  |
| kod pocztowy: |  | poczta: |  | województwo: |  |
| NIP: |  | REGON: |  | numer KRS: |  |
| **DANE WYKONAWCY 2** |
| Zarejestrowana nazwa, forma prawna Wykonawcy: |
|  |
| **Siedziba Wykonawcy:** |
| miejscowość: |  | adres: |  |
| kod pocztowy: |  | poczta: |  | województwo: |  |
| NIP: |  | REGON: |  | numer KRS: |  |
| **DANE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA** |
| Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, w tym dla Filii w Jeleniej Górze |
| **Tryb postępowania: tryb podstawowy z fakultatywnymi negocjacjami (art. 275 pkt 2 Pzp)** |
| **PODSTAWA PRAWNA OŚWIADCZENIA** |
| **Art. 117 ust. 4 ustawy Pzp** |
| **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY** |
| W związku ze złożeniem przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oferty w niniejszym postępowaniu wskazujemy w niniejszym oświadczeniu, które usługi/dostawy wykonają poszczególni wykonawcy. |
| Zakres świadczenia Wykonawcy 1: |
| Zakres świadczenia Wykonawcy 2: |
| **OŚWIADCZENIE DOT. ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ** |
| *Oświadczamy, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne na dzień składania ofert i są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji, prawdziwość powyższych danych potwierdzamy podpisem świadomi odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego* |