Oświadczenie składane w Postępowaniu na **Usługę dobrowolnej opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie abonamentu** **przez niżej wymienionych Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielnie zamówienia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwa / Firma Wykonawcy | **Adres (ulica, kod, miejscowość)** | **NIP** |
| Wykonawca 1 /  Lider: |  |  |  |
| Wykonawca 2: |  |  |  |
| Wykonawca 3: |  |  |  |
| Wykonawca 4: |  |  |  |
| …………… |  |  |  |

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej określony w pkt. ….. SWZ\* spełnia(ją) w naszym imieniu nw. Wykonawca(y):

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

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący doświadczenia Wykonawcy określony w pkt. ….. SWZ\* spełnia(ją) w naszym imieniu nw. Wykonawca(y):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa / Firma Wykonawcy** | **Zakres usług, 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.

**Dokument musi zostać opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**