

**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. 2023, poz. 1605 ze zmianami)**

**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 medycyny 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:

.....  
.....

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