**Wykonawca:**

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

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

(pełna nazwa/firma, adres)

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 w przetargu nieograniczonym „Dostawa rękawic medycznych”, nr sprawy ZPZ – 21/04/23,prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynieoświadczamy, iż zamówienie będzie przez nas realizowane z uwzględnieniem następującego podziału:

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………