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/REGON, KRS/CEiDG)*

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

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

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na **usługi medyczne obejmujące profilaktyczne badania lekarskie oraz badania sanitarno-epidemiologiczne, badania diagnostyczne, badania laboratoryjne, badania psychotechniczne, badania psychologiczne, konsultacje specjalistyczne na rzecz żołnierzy zawodowych oraz pracowników zatrudnionych w 45 WOG oraz jednostkach i instytucjach będących na jej zaopatrzeniu w podziale na dwie części.**

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej określony w pkt. VIII ppkt. 2.2) 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 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.

e-podpis