**Zał. nr 7 DO SWZ**

**WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:**

Komenda Wojewódzka Policji

w Gdańsku

80-819 Gdańsk

…………………………. ul. Okopowa 15

(pełna nazwa/firm, adres

w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

…………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/

podstawa do reprezentacji)

**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. 2024 r. poz. 1320 ze zmianami)

**dotyczące** realizacji zakresu przedmiotu zamówienia, przez poszczególnych wykonawców na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na USŁUGA MEDYCZNA POLEGAJĄCA NA WYKONYWANIU CAŁODOBOWO, NIEZWŁOCZNIE, W MIARĘ MOŻLIWOŚCI PRZED INNYMI PACJENTAMI, W KOLEJNOŚCI OKREŚLONEJ DECYZJĄ LEKARZA – UWZGLĘDNIAJĄCĄ STAN ZDROWIE INNYCH OCZEKUJĄCYCH, U OSOBY SKIEROWANEJ PRZEZ FUNKCJONARIUSZY POLICJI PROWADZĄCYCH CZYNNOŚCI SŁUŻBOWE NA TERENIE DZIAŁANIA KOMENDY POWIATOWEJ POLICJI W MALBORKU,** 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**