

Załącznik nr 7 DO SWZ

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. 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 PRZECZ
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:

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

Numer postępowania: 29/2025

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**