Załącznik Nr 6 do SWZ

Znak sprawy: IW.2.26.1.2024

**Zamawiający:** Izba Wytrzeźwień, ul. Kasztanowa 16, 87-100 Toruń

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o zamówienie:**

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowani przez:

……………………………………

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

**Oświadczenie wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 pzp**

**(jeżeli dotyczy)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich na rzecz Izby Wytrzeźwień w Toruniu   
w okresie od 1.01.2025r. do 31.12.2025r. dla zadania nr ………………………………***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ROBÓT BUDOWLANYCH, DOSTAW LUB USŁUG, KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY:**

Wykonawca:

………...……………………………………………………………………………………….

zrealizuje następujący zakres zamówienia:

- …………………………………………………………………………………………………

Wykonawca:

………...……………………………………………………………………………………….

zrealizuje następujący zakres zamówienia:

- ………...……………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, 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.

………………………………….………….

Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty