**sygn. postępowania: ZZ-2380-59/24**

**załącznik nr 5 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

Ja, niżej podpisany …………………………………………………….……………..………………………..

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

będąc upoważnionym do reprezentowania:

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

*(nazwy i adresy wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

którzy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia pn.:

„**Świadczenie usług medycznych – szczepienia dla policjantów i pracowników Policji dla województwa zachodniopomorskiego na terenie miasta Szczecina”**

oświadczam, że wykonawca:

1. ....……………………………………….…………………………………………………………..…..…..

*(nazwa i adres wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia)*

będzie wykonywał następujące dostawy:

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

1. ....………………………………………………………..…………………………………………..…..…..

*(nazwa i adres wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia)*

będzie wykonywał następujące dostawy:

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

1. ....………………………………………………………………………………..………………………..…..

*(nazwa i adres wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia)*

będzie wykonywał następujące dostawy:

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

................................, dn. ..............................

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

*podpis kwalifikowany lub zaufany lub osobisty   
(zaawansowany podpis elektroniczny)*