***Załącznik nr 6 do SWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy: kod, miejscowość, ulica, nr lokalu |  |
| Nr telefonu |  |
| E-mail |  |
| REGON |  |
| NIP |  |

**OŚWIADCZENIE**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, o którym mowa w art. 117 ust. 4 ustawy**

My Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

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

*(nazwa/firma Wykonawcy)*

**W postepowaniu na *Ochrony fizycznej osób i mienia na terenie Muzeum oraz podczas transportów zbiorów organizowanych przez Muzeum Okręgowe im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy***

niniejszym oświadczamy, że następujące usługi zostaną wykonane z następującym podziałem:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Usługi (krótki opis)** | **Wykonawca, który je wykona** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

*Wykonawca / właściwie umocowany przedstawiciel podpisuje dokument kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub elektronicznym podpisem sobistym*