***Załącznik nr 6 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | **Agencja Badań Medycznych** |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia: | ***Kompleksowa usługa organizacji logistycznej warsztatów w Warszawie*** |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*): | ***ABM-ZP-9/2023*** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | ……………………………………………… |
| Adres pocztowy: | ……………………………………………… |

*\* niepotrzebne skreślić*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp dotyczące spełniania warunków udziału   
w postępowaniu**

Na potrzeby przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznegooświadczamy, że:

* + - * 1. ……………………………. (nazwa wykonawcy) wykona w następującym zakresie przedmiot zamówienia: …………………………..
        2. ……………………………. (nazwa wykonawcy) wykona w następującym zakresie przedmiot zamówienia: …………………………..

***Należy pamiętać o opatrzeniu Oświadczenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym***