***Załącznik nr 7 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | **Agencja Badań Medycznych** |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia: | ***Badanie ewaluacyjne działalności Agencji Badań Medycznych w zakresie finansowania niekomercyjnych badań klinicznych*** |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*): | **ABM-ZP-4/2021** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | ……………………………………………… |
| Numer identyfikacji podatkowej NIP | ……………………………………………… |
| REGON | ……………………………………………… |
| Adres pocztowy: | ……………………………………………… |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:  Telefon:  Adres e-mail:  Faks: | ………………………………………………  ……………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy 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, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.***