***Załącznik nr 7 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa:  | **Agencja Badań Medycznych** |
| Tytuł zamówienia: | **Kompleksowa usługa organizacji i obsługi wizyty studyjnej we Włoszech** |
| Numer referencyjny: | **ABM-ZP-4/2023** |

**Wykonawca**

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW**

**WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**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.***