I Z B A W Y T R Z E Ź W I E Ń
ul. K a s z t a n o w a 16, 87-100 T o r u ń
sekretariat tel./fax 56/645 89 96
sekretariat@moeipu.pl www.iw.torun.pl

Załącznik Nr 6 do SWZ

Znak sprawy: IW.2.26.1.1.2026

Zamawiający: Izba Wytrzeźwień w Toruniu, ul. Kasztanowa 16, 87-100 Toruń

Wykonawcy wspólnie ubiegający się o zamówienie:

……
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)
reprezentowani przez:

……
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia składane na podstawie art. 117 ust. 4 pzp
(jeżeli dotyczy)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich na rzecz Izby Wytrzeźwień w Toruniu w okresie od 1.01.2027r. do 31.12.2027r.**, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ROBÓT BUDOWLANYCH, DOSTAW LUB USŁUG, KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY:

Wykonawca:
……..…….
zrealizuje następujący zakres zamówienia:
- ……

Wykonawca:
……..…….
zrealizuje następujący zakres zamówienia:
- ……..…….

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…….
Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty