# numer sprawy: OR-D-III.272.54.2024.AS

# załącznik nr 5 do specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)

## Województwo Mazowieckie

## ul. Jagiellońska 26,

## 03–719 Warszawa

#### WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O ZAMÓWIENIE:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu)*

reprezentowani przez **pełnomocnika**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej, podstawa do reprezentacji)*

### OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: PZP)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **przeprowadzenie badania pn. ,,Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego „Program wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”**,prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego przez Województwo Mazowieckie*,* oświadczamy, że:

1. określony w § 10 ust. 1 pkt 1 specyfikacji warunków zamówienia warunek udziału w zakresie **zdolności zawodowej – doświadczenia** spełnia/ją:
2. Wykonawca *(nawa i siedziba Wykonawcy)*:

...................................................................................................…………………

1. zakres wykonywanych usług:

………………………………………………………………………………………………………..

*(podać zakres prac/wykonywanych czynności)*

1. określony w § 10 ust. 1 pkt 2 specyfikacji warunków zamówienia warunek udziału w zakresie **zdolności zawodowej – dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia** spełnia/ją:
2. Wykonawca *(nawa i siedziba Wykonawcy)*:

...................................................................................................…………………

1. zakres wykonywanych usług:

………………………………………………………………………………………………………..

*(podać zakres prac/wykonywanych czynności)*