**Znak sprawy**: **ZP-2/2022 Załącznik 2c**

**Oświadczenie**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**z art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych**

**Nazwa postępowania**: **wykonywanie usługi przewozowej polegającej na zorganizowanym dowozie dzieci z przedszkoli oraz uczniów ze szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie miasta i gminy Wieliczka na zajęcia związane z realizacją zadań szkolnych na basenie w Wieliczce w roku szkolnym 2022/2023 oraz odwozie do właściwego przedszkola oraz szkoły**

My, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba** **(ulica, miejscowość)** | **NIP** | **Osoby uprawnione do Reprezentacji** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Niniejszym oświadczamy, że:

1. Warunek dotyczący uprawnień opisany w części V pkt 1 SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba** **(ulica, miejscowość)** | **uprawnienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Warunek dotyczący doświadczenia opisany w części V pkt 2 SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba** **(ulica, miejscowość)** | **usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wykonam/y usługi w następującym zakresie:

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

 (określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)

1. Warunek dotyczący potencjału opisany w części V pkt 3 SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba** **(ulica, miejscowość)** | **usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wykonam/y warunek w następującym zakresie:

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

 (określić odpowiedni potencjał dla wskazanego podmiotu)

1. Warunek dotyczący osób opisany w części V pkt 4 SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba** **(ulica, miejscowość)** | **usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wykonam/y warunek w następującym zakresie:

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

 (określić odpowiedni potencjał dla wskazanego podmiotu)

………………………………………………….

 *Imię i Nazwisko*