**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE – WZÓR**

**PODMIOTY W IMIENIU, KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE:**

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

(Pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

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

(Pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

reprezentowane przez:

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

|  |
| --- |
| **Oświadczenie składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320) - dalej: ustawa Pzp**. |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

**,,Dostawy produktów leczniczych, wyrobów i materiałów medycznych oraz innych produktów dla potrzeb Apteki w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego i Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Gorzycach”** działając, jako pełnomocnik podmiotów w imieniu, których składane jest oświadczenie oświadczam, że Wykonawca:

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

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

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

Wykonawca:

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

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

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

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………….…….*,* dnia …………………. r.

(Miejscowość)

…………………………………………

(Podpis)

**Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty****osoby/ób uprawnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy**