**Zamawiający:**

Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa

Odwykowego i Zakład

Opiekuńczo – Leczniczy

w Gorzycach

ul. Zamkowa 8

44 - 350 Gorzyce

**PEŁNOMOCNICTWO**

(Wzór ten nie jest obowiązkowy i Wykonawcy mogą złożyć pełnomocnictwo wedle własnego uznania)

Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w postępowaniu 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.”**

My niżej podpisani:

......................................................................................................

reprezentujący Wykonawców: .................................................................................................................

ubiegających się wspólnie o udzielenie wskazanego powyżej zamówienia publicznego i wyrażających niniejszym zgodę na wspólne poniesienie związanej z tym solidarnej odpowiedzialności na podstawie art. 445 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych ustanawiamy …….………………………………… z siedzibą w …………………………... Pełnomocnikiem w rozumieniu art. 58 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych i udzielamy pełnomocnictwa do reprezentowania wszystkich wykonawców, jak również każdego z nich z osobna, w powyższym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje w szczególności umocowanie do:

1. prawo do dokonywania wszelkich czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia, a w szczególności do:

 podpisania i złożenia w imieniu Wykonawcy oferty wraz z załącznikami;\*

 składania w toku postępowania wszelkich oświadczeń i dokonywania czynności przewidzianych przepisami prawa oraz składania innych oświadczeń w związku z tym postępowaniem;\*

 składania wyjaśnień dotyczących treści ofert oraz innych dokumentów składanych w postępowaniu;\*

 prowadzenia korespondencji w toczącym się postępowaniu;\*

 .................................................. (określić zakres udzielonych ewentualnych dodatkowych uprawnień);\*

~~ wniesienia wadium w postępowaniu;\*~~

~~ wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy;\*~~

 zawarcia umowy na realizację zamówienia publicznego.\*

**,,Dostawy produktów leczniczych, wyrobów i materiałów medycznych oraz innych produktów dla potrzeb Apteki w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego i Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Gorzycach”**

1. zawarcia aneksów do umowy na realizację zamówienia publicznego\*

Niniejsze pełnomocnictwo **uprawnia/nie uprawnia\*** do udzielenia dalszych pełnomocnictw.

|  |  |
| --- | --- |
| Pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas  nieokreślony i pozostaje ważne i skuteczne  do chwili jego odwołania. | **Imię i nazwisko osoby(ób) upoważnionej(ych) do udzielenia pełnomocnictwa** |

**\*niepotrzebne skreślić**

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