**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 oraz wyrobów medycznych dla potrzeb Apteki Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Odwykowego i Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego 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**