

Oznaczenie sprawy: 8/2024

**Zamawiający:**  
**Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem**  
**ul. Szpitalna 5**  
**18-200 Wysokie Mazowieckie**

**PODMIOTY W IMIENIU KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE**

.....  
.....

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

.....  
.....

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

**reprezentowane przez:**

.....  
.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/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: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Świadczenie usług w zakresie całodziennego żywienia pacjentów Oddziału Rehabilitacyjnego oraz Oddziału Rehabilitacji Pulmonologicznej w Krzyżewie**”, oznaczenie sprawy **8/2024**, prowadzonego przez Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem, ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie, 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.

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**  
**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**