**ZP/87/2024 Załącznik 11 do SWZ**

**Wykonawca**

**(podać nazwę, adres, NIP każdego z nich)**

**…………………………………………………**

**…………………………………………………**

**…………………………………………………**

**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

na potrzeby postępowania ZP/87/2024

**„****Usługa ubezpieczenia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi”**

Oświadczam, iż poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia spełniają w naszym imieniu poniższe warunki oraz będą wykonywać poniższe usługi:

1. **Warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o którym mowa w ust. 5.2 pkt 1 lit. b) SWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wykonawcy | Zakres i rodzaj usług, które będą wykonywane przez Wykonawcę |
|  |  |
|  |  |

**(Oświadczenie należy złożyć wraz z ofertą tylko w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się   
o udzielenie zamówienia)**

**Oświadczenie musi być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym**