*Załącznik nr 9 do SWZ*

*(składane jeśli dotyczy)*

*ZP/12/2023*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

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:

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest   
dostawa środków dezynfekcyjnych na potrzeby 116 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Opolu, sukcesywnie przez okres trwania umowy, pn. **Realizacja programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - „Dobry posiłek w szpitalu”, nr postępowania: ZP/12/2023** oświadczam, że:

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………….

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienia publiczne:

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………….

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienia publiczne:

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne   
z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………..…, dnia ………….………

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

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji lub pełnomocnika1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty