Załącznik nr 4 do SWZ

*Znak sprawy: 4/ZP/PN/2024*

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

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH**

**SIĘ O ZAMÓWIENIE**

Zgodnie z wymaganiami określonymi w art. 117 ust. 4 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych z dnia 11 września 2019r. (Dz.U. 2023 poz. 1605, 1720 z póź. zm.)

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na zadanie pod nazwą:

**„Świadczenie usług gastronomicznych dla pacjentów Szpitala w Złotoryi i Ośrodka w Legnicy, wraz z dzierżawą pomieszczeń kuchennych”**

Oświadczam/y\*, że Wykonawcami wspólnie ubiegającymi się o zamówienie publiczne są:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Siedziba (miejscowość, ulica, nr)** | **NIP** | **Nazwiska osób uprawnionych do reprezentacji** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam/y\*, że warunek dotyczący posiadania doświadczenia spalenia/ją\* w naszym imieniu Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Siedziba (miejscowość, ulica, nr)** | **Rodzaj robót mający być wykonywany przez Wykonawcę** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczam/y\*, że warunek dotyczący posiadania kwalifikacji zawodowych spalenia/ją\* w naszym imieniu Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Siedziba (miejscowość, ulica, nr)** | **Rodzaj robót mający być wykonywany przez Wykonawcę** |
|  |  |  |
|  |  |  |

*̽ niepotrzebne skreślić*

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………… r. ….……………………………

*(Podpis osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy)*