**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 2022 r. poz. 1710 ze zm.) - dalej: ustawa Pzp.** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***,,Dostawy produktów leczniczych, wyrobów i materiałów medycznych oraz innych produktów 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)*

**podpis kwalifikowany elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty**

**osoby/ób uprawnionej/ych**

**do reprezentowania Wykonawcy**