**Załącznik nr 6 do SWZ**

Znak postępowania**: 6/ZP/RB/2024**

**Zamawiający :**

**Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego**

38-440 Iwonicz-Zdrój, ul. Ks. Jana Rąba 22

NIP: 684 10 03 649, REGON: 370016916,

e-mail: **przetargi@crriwonicz.pl**

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**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)*

|  |
| --- |
| **Oświadczenie składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy  z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych  - dalej: ustawa Pzp** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Modernizacja gabinetów lekarskich (w trybie zaprpjektuj-zbuduj)”** prowadzonego przez Zamawiającego**, 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.