**Załącznik nr 9 do SWZ**

(jeżeli dotyczy - składany wraz z ofertą)

**Wykonawcy wspólnie**

**ubiegający się o zamówienie:**

…………………………………...

…...……..…

…………………………………

………………..

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**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 (dalej jako: ustawa Pzp)**

**DOTYCZĄCE USŁUG MEDYCZNYCH KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI**

**WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy w roku 2025” nr spr.:** **EZ.270.10.2024**oświadczam, że:

· Wykonawca

……………………………………………………………..………………………………1

dysponujący następującym doświadczeniem wymaganym w Postępowaniu:

……………………………………………………………..………………………………

……………………………………………………………..………………………………

zrealizuje następujący zakres zamówienia :

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

· Wykonawca

……………………………………………………………..………………………………1

dysponujący następującym doświadczeniem wymaganym w Postępowaniu:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

zrealizuje następujący zakres zamówienia:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

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

1 Należy podać nazwę i adres Wykonawcy.