**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wzór oświadczenia Wykonawców wspólnie ubiegających   
się o udzielenie zamówienia**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz**

**ul. Złota 4, 86-302 Mokre**

**REGON: 871120020,**

**NIP: 8762002013**

Poczta elektroniczna [e-mail]: piotr.jerzewski@zoz.grudziadz.com

Strona internetowa Zamawiającego [URL]: https://www.przychodnia.gmina.pl/

**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  (Dz. U. z 2024 r., poz. 1320) - dalej: ustawa Pzp** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **„Zakup i dostawa sprzętu medycznego dla Zakładu Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz”,** prowadzonego przez **Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz,***,* 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.