# ZAŁĄCZNIK NR 3 do SWZ

*Uwaga! Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w/w podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.*

**Nazwa Wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Adres (ulica i nr, miejscowość, kod pocztowy, województwo)**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

## Oświadczenie podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie

składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy PZP

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu pn. **„****Modernizacja oddziałów szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu” - Część ………….,** prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu oświadczam, co następuje:

Działając w imieniu i na rzecz podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie *(podać imię, nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie*):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

oświadczam, że:

* 1. warunek dotyczący doświadczenia opisany w Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 a) SWZ spełnia/ają *(należy wypisać w tabeli poszczególnych wykonawców spełniających powyższy warunek, np. członek konsorcjum, wspólnik spółki itp.)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie (nazwa Wykonawcy) | Rodzaj robót wykonywanych przez Wykonawcę  *(Wskazać dokładny zakres zgodny z opisem wynikającym z SWZ)* |
|  |  |
|  |  |

* 1. warunek dotyczący dysponowania osobą opisany w Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 b) SWZ spełnia/ają *(należy wypisać w tabeli poszczególnych wykonawców spełniających powyższy warunek, np. członek konsorcjum, wspólnik spółki itp.)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie (nazwa Wykonawcy) | Rodzaj robót wykonywanych przez Wykonawcę  *(Wskazać dokładny zakres zgodny z opisem wynikającym z SWZ)* |
|  |  |
|  |  |