sygn. akt: DR.261.3.2025

**OŚWIADCZENIE**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**z art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych**

**Nazwa postępowania**:

**ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W DZIALE AMBULATORYJNYM - IZBA WYTRZEŹWIEŃ W MIEJSKIM OŚRODKU ZAPOBIEGANIA UZALEŻNIENIOM W PRZEMYŚLU**

My, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba**  **(ulica, miejscowość)** | **NIP** | **Osoby uprawnione do Reprezentacji** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Niniejszym oświadczamy, że warunek dotyczący zdolności zawodowej w Rozdziale XXXIX pkt 5 SWZ spełnia/ją w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba**  **(ulica, miejscowość)** | **Roboty budowlane, dostawy, usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*kwalifikowany podpis elektroniczny*

*lub podpis zaufany lub podpis osobisty)*

\*- Wskazać dokładny zakres zgodny z opisem wynikającym z SWZ