**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Powiat Strzyżowski   
ul. Przecławczyka 15,   
38-100 Strzyżów –   
Dom Pomocy Społecznej Dla Osób Przewlekle Psychicznie Chorych   
w Babicy z Filią w Pstrągowej Woli  
Babica 2, 38-120 Czudec**

**Wykonawca:**

……………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

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

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11.09.2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE REALIZACJI ZAKRESU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA PRZEZ POSZCZEGÓLYCH WYKONAWCÓW**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Sukcesywna dostawa artykułów spożywczych dla Domu Pomocy Społecznej dla Osób Przewlekle Psychicznie Chorych   
w Babicy z Filią w Pstrągowej Woli na 2026 r.”***,* oświadczam, co następuje:

•Wykonawca……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący **kluczowy zakres** przedmiotu zamówienia:…………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….

•Wykonawca……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący zakres przedmiotu zamówienia:……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….

•Wykonawca……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący zakres przedmiotu zamówienia:……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….

…….…………………….….…….………….…….. r. ............…………………...……………….……………

miejscowość, dnia.. [kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis

zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy]