**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Znak postępowania:** 1/2026/PCPR/PZP

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (ART. 117 PZP)**

**PODMIOTY, W IMIENIU KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Pełna nazwa/firma | Adres/siedziba | NIP/PESEL | KRS/CEIDG |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

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 (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 1320)** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, **pn.: Dostawa „opasek medycznych” oraz świadczenie usługi obejmującej całodobową obsługę monitoringu przez centrum teleopieki, w ramach projektu pn. „Nie jesteś sam!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej  
i budżetu państwa w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027**, jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie oświadczam, że:

Wykonawca (nazwa Wykonawcy spośród podmiotów wspólnie ubiegających się   
o zamówienie):

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

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

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

Wykonawca (nazwa Wykonawcy spośród podmiotów wspólnie ubiegających się   
o zamówienie):

……………………………………………………………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

……………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.

...........................................................................

kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby uprawnionej/osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy