# ZAŁĄCZNIK NR 3 do SWZ

*Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! 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. **„Dostawa produktów leczniczych i innych do apteki szpitalnej” 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 warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, opisany w Rozdziale VII pkt 2 ppkt 2) 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 **dostaw** wykonywanych przez Wykonawcę  *(Wskazać dokładny zakres zgodny z opisem wynikającym z SWZ)* |
|  |  |
|  |  |