**Załącznik nr 8 do SWZ** – **Oświadczenie o podziale obowiązków w trakcie realizacji zamówienia**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Gminna Przychodnia Zdrowia w Andrespolu

z siedzibą w Andrespolu

ul. Rokicińska 125

95-020 Andrespol

**Oświadczenie**

**o podziale obowiązków w trakcie realizacji zamówienia (dotyczy podmiotów wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)**

**Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 117 ust. 4 ustawy Pzp, jako wykonawcy składający ofertę wspólną (konsorcjum\*/spółka cywilna\*) w składzie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** | **NIP** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam(-y), że przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup i dostawa fabrycznie nowego sprzętu medycznego dla Gminnej Przychodni Zdrowia w Andrespolu w ramach programu „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)”**, wyszczególnione poniżej dostawy/usługi\* zostaną zrealizowane przez wskazanych Wykonawców:

1. Wykonawca ……………………………………………………………….…………….

*(wskazać nazwę Wykonawcy lub Wykonawców w ramach konsorcjum/ spółki cywilnej, składający ofertę)*

wykona następujące usługi/dostawy\* (wskazać zakres) w ramach realizacji zamówienia:

1) ………………………………………….………………..

2) …………………………………………………………...

1. Wykonawca ……………………………………………………………….…………….

*(wskazać nazwę Wykonawcy lub Wykonawców w ramach konsorcjum/ spółki cywilnej, składający ofertę)*

wykona następujące usługi/dostawy\* (wskazać zakres) w ramach realizacji zamówienia:

1) ………………………………………….………………..

2) …………………………………………………………...

**\*** UWAGA: niepotrzebne skreślić