**OŚWIADCZENIE**

**WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELNIE ZAMÓWIENIA**

składane na podstawie **art. 117 ust. 4 Pzp**

**PODMIOTY W IMIENIU KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE** *(wykazać wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielnie zamówienia):*

Nazwa Wykonawcy: ..............................................................................................................................................

*(Należy podać pełną zarejestrowaną nazwę Wykonawcy)*

Adres i siedziba Wykonawcy: .................................................................................................................................

*(Należy podać zarejestrowany adres Wykonawcy (z numerem kodu pocztowego))*

NIP/PESEL\* ..........................................................................................................................................................

KRS/CEiDG\*……………………………………………..………………………………………………………………………………………………………

*\*w zależności od podmiotu*

Nazwa Wykonawcy: ..............................................................................................................................................

*(Należy podać pełną zarejestrowaną nazwę Wykonawcy)*

Adres i siedziba Wykonawcy: .................................................................................................................................

*(Należy podać zarejestrowany adres Wykonawcy (z numerem kodu pocztowego))*

NIP/PESEL\* ..........................................................................................................................................................

KRS/CEiDG\*……………………………………………..………………………………………………………………………………………………………

*\*w zależności od podmiotu*

**reprezentowane przez:**

…………………………………………………..…..…………

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

**Działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie** na potrzeby postępowania o udzielenie Zamówienia publicznego pod nazwą: **Dostawa sprzętów wraz z dedykowanym oprogramowaniem w celu stworzenia bezpiecznego klastra wirtualnych maszyn w ramach kompleksowej transformacji cyfrowej i wzmocnienia cyberbezpieczeństwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. bł. Marty Wieckiej – Część. IV**

**OŚWIADCZAM(AMY), że:**

* warunek dotyczący kwalifikacji zawodowych określony w pkt. III.1.4) SWZ\* spełnia(ją) w naszym imieniu nw. Wykonawca(y):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa / Firma Wykonawcy** | **Zakres usług, które będą realizowane przez tego wykonawcę** |
|  |  |
|  |  |

* warunek dotyczący wykształcenia określony w pkt. III.1.4) SWZ\* spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa / Firma Wykonawcy** | **Zakres usług, które będą realizowane przez tego wykonawcę** |
|  |  |
|  |  |

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam(amy), że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*PODPISY data i podpisy*

***UWAGA:***

*DOKUMENT należy podpisać PRZY POMOCY KWALIFKOWLNEGO PODPISU ELEKTRONICZNEGO przez osoby upoważnione do podpisywania dokumentów (zgodnie z dokumentami rejestrowymi – odpis z KRS, Centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, pełnomocnictwa)*

*Niniejsze oświadczenie, Wykonawca dołącza do oferty składanej na ogłoszenie o zamówieniu.*