Nr sprawy: ZP/11/PN/2025 **Załącznik nr 7 do SWZ**

Zamawiający:

Specjalistyczny Psychiatryczny

Samodzielny Publiczny Zakład

Opieki Zdrowotnej w Suwałkach

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o zamówienie:**

(np.: spółki cywilne, konsorcja)

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE z art. 117 ust. 4 Pzp**

**składane w postępowaniu: „Przygotowanie i dostawa całodziennego wyżywienia dla pacjentów szpitala” nr referencyjny: ZP/11/PN/2025** przez nw. wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej określony w Rozdziale VIII ust. 1 pkt 2) SWZ spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

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

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący wykształcenia i kwalifikacji zawodowych określony w Rozdziale VIII ust. 1 pkt 4) ppkt c) i d) SWZ spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

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

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący doświadczenia wykonawcy określony w Rozdziale VIII ust. 1 pkt 4) ppkt a) SWZ spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

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

1. 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.

………..…………………………….

/podpisano elektronicznie/\*

***\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***