**OŚWIADCZENIE**

**WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE 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 gazów medycznych i technicznych wraz z dzierżawą zbiorników ciśnieniowych oraz oprzyrządowania dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni Szpital Powiatowy im. bł. Marty Wieckiej**

**OŚWIADCZAM(AMY), CO NASTĘPUJE:**

warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej określony w pkt. III.1.2) SWZ\* spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa / Firma Wykonawcy** | **Wymagane uprawnienia** | **Zakres dostaw, 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.

|  |  |
| --- | --- |
| *…..……………………..………………………………….*  *Data, miejscowość,* | *……………………..…………………………..………………………………………….*  *Podpis(y)\** |

*\*<dokument należy sporządzić w formie elektronicznej i podpisać aktualnym kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby/osób uprawnionej/-ych do reprezentacji Wykonawcy* *lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia >*

***UWAGA:***

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