**Załącznik nr 5 do SWZ**

**SP ZOZ/DZ/27/2024**

*(składany razem z ofertą)*

**Oświadczenie**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

z art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. PZP

składane na potrzebypostępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**Dostawy środków dezynfekcyjnych dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Myszkowie**

My, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego:

**pełna nazwa Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

Siedziba / miejsce prowadzenia działalności gospodarczej / miejsce zamieszkania: **¹**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ulica: |  | | | | | |  | | |
| kod: |  | miasto: | | |  | | |  | |
| NIP: |  | | REGON: | | |  | | |  |
| KRS: |  | |  | | |  | | |  |
| **Osoby uprawnione do reprezentacji:** | | | |  | | | | | |

Niniejszym oświadczamy, że:

Warunek dotyczący **uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów,** określony w rozdziale VII ust. 2 pkt 2 SWZ, spełnia/-ją w naszym imieniu Wykonawca/-y:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba**  **(ulica, miejscowość)** | **Dostawy, które będą wykonywane przez Wykonawcę** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Oświadczenie należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym***

***lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***