Załącznik nr 10 do SWZ

…………………………………….

(miejscowość, data)

………………………………..

(nazwa i adres wykonawcy)

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa prania bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej wraz z dzierżawą bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej oraz kompleksowym serwisem** dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o

**OŚWIADCZENIE**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia z art. 117 ust. 4 ustawy   
z dnia 11 września 2019r. Pzp. (jeżeli dotyczy)**

My Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba**  **(ulica, miejscowość)** | **NIP** | **Osoby uprawnione do reprezentacji** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Niniejszym oświadczamy, że:

1. Warunek dotyczący sytuacji ekonomicznej i finansowej opisany w rozdz. VII. ust. 2 pkt. 3 SWZ spełnia/ją w naszym imieniu Wykonawca/y:

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

1. Warunek dotyczący kwalifikacji technicznej i zawodowej opisany w rozdz. VII. ust. 2 pkt. 4 SWZ spełnia/ją w naszym imieniu Wykonawca/y:

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

Oświadczamy, że wskazany powyżej Wykonawca wykona dostawy/usługi, do których spełnienie warunków, o których mowa w rozdziale VI SWZ jest wymagane.

**Podpis składany jest w formie elektronicznej przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie**