OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O ZAKRESIE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

PRZEZ WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

(składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11.09.2019 r. Prawo zamówień publicznych)

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

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| Dostosowanie pomieszczeń szpitalnych do wymagań sanitarnych |

1. Wykonawca: .....................................................................…………………………………….. (nazwa i adres Wykonawcy) zrealizuje następujące usługi …………..…………………………………………………………………………

2. Wykonawca: .....................................................................…………………………………….. (nazwa i adres Wykonawcy) zrealizuje następujące usługi …………..…………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Niniejszy dokument powinien być podpisany podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Należy uzupełnić jeżeli Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia.