**Załącznik nr 3 do SWZ OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ   
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

Nazwa zamówienia:

**Usługa odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych**

1. **Zamawiający:**

Uniwersyteckie Centrum Stomatologii w Lublinie

ul. Doktora Witolda Chodźki 6, 20-093 Lublin,

REGON: 060281989, NIP: 712-308-47-59,

1. **Dane Wykonawcy:**
   * 1. Nazwa....................................................................................................................................

Adres/y Wykonawcy/ów.............................................................................................................

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.) - dalej: ustawa Pzp**

Na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie oświadczam, że:

Wykonawca:

…………………………………………………..…..…………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

Wykonawca:

…………………………………………………..…..…………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.