*Załącznik nr 9*

Miejscowość data ………….

Znak sprawy:*ZP/TS/5/2023*

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach

Ul. Przemysłowa 44

24-200 Bełżyce

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej: p.z.p.) w postępowaniu na *Świadczenie usług transportu sanitarnego na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach****, znak:* *ZP/TS/5/2023*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielnie zamówienia:**

1. ………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………

I. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący doświadczenia Wykonawcy określony w Rozdziale XV pkt 1 SWZ spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa / Firma Wykonawcy | Zakres usług, który będzie realizowany przez tego wykonawcę |
|  |  |
|  |  |

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

*(podpis)*

*Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.*