

Oznaczenie sprawy: 11/2023

Zamawiający:
Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
ul. Szpitalna 5
18-200 Wysokie Mazowieckie

PODMIOTY W IMIENIU KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE

.....
.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności
od podmiotu: NIP/KRS)*

.....
.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności
od podmiotu: NIP/KRS)*

reprezentowane przez:

.....
.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW
WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA
składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Świadczenie usług w zakresie całodobowego żywienia pacjentów Oddziału Rehabilitacyjnego oraz Oddziału Rehabilitacji Pulmonologicznej w Krzyżewie**”, oznaczenie sprawy 11/2023, prowadzonego przez Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem, ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie, 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.

Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.
Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.