**Załącznik nr 5 do SWZ SPZOZ/DZ/431/2024**

**Wykonawca:**  *(składany wraz   
 z Formularzem oferty - jeżeli dotyczy)*

………………………………………………………………………………………………………..……

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………………………...

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

**Oświadczenie**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**(konsorcjum, spółka cywilna)

z art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

składane na potrzebypostępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**Dostawy gazów medycznych wraz z dzierżawą butli**

**dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Myszkowie**

**My, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pełne nazwy (firmy) lub imiona i nazwiska Wykonawców :** | | 1. …………………………………………………………………………………………. 2. ………………………………………………………………………………………….. 3. ………………………………………………………………………………………… | |
|  | **W imieniu których działa Pełnomocnik**: | |  |
|  | ***imię i nazwisko****, (stanowisko):* | ……………………………………………………………………………………….. | |
|  | ***na podstawie*** *(rodzaj dokumentu):* | ………………………………………………………………………………………… | |

niniejszym oświadczamy, że:

Warunek dotyczący **uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów,** opisany w rozdziale VII pkt 2 ppkt 2 SWZ, spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

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

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym***

***lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca przed podpisaniem zapisanie dokumentu w formacie PDF.***