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

**OŚWIADCZENIE**

**O ZAKRESIE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

**PRZEZ WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019r. – Prawo zamówień publicznych

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| Integracja regionalnej wymiany EDM oraz innych usług MSIM |
| prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie,  oświadczam co następuje: |

1. Wykonawca: .................................................…………………………………….. zrealizuje następujące usługi

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

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

1. Wykonawca: .............…………………………………....................................….. zrealizuje następujące usługi

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

Oświadczenie niniejsze powinno być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

*Uzupełnić informacje powyżej.*