

**ZOBOWIĄZANIE**  
**wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

Do Zamawiającego:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny**  
**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Złocińcu**  
reprezentowany przez Ewę Giza – Dyrektor Szpitala  
ul. Kańsko 1  
78-520 Złocieniec

Przedmiot zamówienia:

**Dostawa urządzeń do rehabilitacji**

Nr zamówienia: **08/ZAM/2023**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji o wartości mniejszej niż progi unijne zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo Zamówień Publicznych (tekst jednolity, Dz.U. 2023 poz. 1605 z późniejszymi zmianami), a także wydanymi na podstawie niniejszej ustawy rozporządzeniami wykonawczymi.

Spełniam/y warunki udziału w postępowaniu, co niniejszym oświadczam/y:

**1. WYKONAWCY, w imieniu których składane jest oświadczenie:**

L.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)	NIP	REGON	Adres(y) Wykonawcy(ów)	Numer tel.
1.					
2.					
....					

reprezentowani przez:

.....  
.....  
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

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

Wykonawca:

.....  
.....  
.....

(Nazwa i adres wykonawcy/ów)

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

.....  
.....  
.....

Wykonawca:

.....  
.....  
.....  
(Nazwa i adres wykonawcy/ów)

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

.....  
.....  
.....

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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