ZPZ-50/08/23 Załącznik nr 4 do SWZ

**Wykonawca:**

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

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

(pełna nazwa/firma, adres)

OŚWIADCZENIE

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, o którym mowa
w art. 117 ust. 4 ustawy**

Będąc uczestnikami postępowania ubiegającymi się wspólnie o udzielenie zamówienia publicznego w przetargu nieograniczonym **„**Dostawa aparatury medycznej zabiegowej
i diagnostycznej”, znak sprawy: ZPZ-50/08/23,prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie**oświadczamy, iż zamówienie będzie przez nas realizowane z uwzględnieniem następującego podziału:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Część zamówienia(krótki opis) | Wykonawca, który je wykona |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |

***Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym*** *przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*