

**ZPZ-14/03/24**

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Wykonawca:**

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

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

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

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 trybie podstawowym bez negocjacji na „**Dostawa akcesoriów do zabiegów medycznych, insuflatora i stołów medycznych, w podziale na części**”, nr sprawy ZPZ -14/03/24 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,*

*podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania*

*Podmiotu udostępniającego zasoby, zgodnie z formą reprezentacji określoną w rejestrze lub innym*

 *dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Podmiotu albo przez*

*upełnomocnionego przedstawiciela*