**DB/01/09/2022 Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający:**

Powiat Nowosądecki

ul. Jagiellońska 33, 33-300 Nowy Sącz

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

**z art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 z późn. zm.)**

**Nazwa postępowania**: **Zamówienie** **na świadczenie usług grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków rodzin pracowników Starostwa Powiatowego w Nowym Sączu**

Jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa każdego Wykonawcy** | **Siedziba** **(ulica, miejscowość)** | **NIP** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Niniejszym oświadczamy, że:

Warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej opisany w pkt. VI.2 SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Uprawnienia** | **Usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**PLIK/DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB ELEKTRONICZNYM PODPISEM OSOBISTYM**