**Zamawiający:**

Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach

ul. Zamkowa 8

44 - 350 Gorzyce

**PEŁNOMOCNICTWO**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia** **w postępowaniu na:**

*(wzór ten nie jest obowiązkowy i Wykonawcy mogą złożyć pełnomocnictwo wedle własnego uznania)*

**„Dostawy produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych dla potrzeb Apteki Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Odwykowego i Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Gorzycach”**

My niżej podpisani:

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

reprezentujący Wykonawców: .................................................................................................................

ubiegających się wspólnie o udzielenie wskazanego powyżej zamówienia publicznego i wyrażających niniejszym zgodę na wspólne poniesienie związanej z tym solidarnej odpowiedzialności na podstawie art. 445 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 1320 - ustanawiamy …….………………………………… z siedzibą w …………………………... Pełnomocnikiem w rozumieniu art. 58 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych i udzielamy pełnomocnictwa do reprezentowania wszystkich wykonawców, jak również każdego z nich z osobna, w powyższym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje w szczególności umocowanie do:

1. prawo do dokonywania wszelkich czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia, a w szczególności do:

 podpisania i złożenia w imieniu Wykonawcy oferty wraz z załącznikami\*,

 składania w toku postępowania wszelkich oświadczeń i dokonywania czynności przewidzianych przepisami prawa oraz składania innych oświadczeń w związku z tym postępowaniem;\*

składania wyjaśnień dotyczących treści ofert oraz innych dokumentów składanych w postępowaniu\*,

 prowadzenia korespondencji w toczącym się postępowaniu\*,

 ............................................. (określić zakres udzielonych ewentualnych dodatkowych uprawnień) \*;

 ~~wniesienia wadium w postępowaniu~~ \*;

 ~~wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.\*~~

 zawarcia umowy na realizację zamówienia publicznego\*:

**„Dostawy produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych dla potrzeb Apteki Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Odwykowego i Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Gorzycach”**

1. zawarcia aneksów do umowy na realizację zamówienia publicznego\*

Niniejsze pełnomocnictwo **uprawnia/nie uprawnia\*** do udzielenia dalszych pełnomocnictw.

|  |  |
| --- | --- |
| Pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas nieokreślony i pozostaje ważne i skuteczne do chwili jego odwołania. | **Imię i nazwisko osoby(ób) upoważnionej(ych) do udzielenia pełnomocnictwa** |

**\*niepotrzebne skreślić**

**Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty**

**osoby/ób uprawnionej/ych**

**do reprezentowania Wykonawcy**