

**Zamawiający:**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKOŁYSZYNIE**

Skołyszyn 232, 38-242 Skołyszyn, NIP 6851950756, REGON 370444492,

Nr KRS: 0000010487

**Pełnomocnik Zamawiającego:**

**GMINA SKOŁYSZYN**

38-242 Skołyszyn 12

tel. /fax 13 4491062-64

e-mail: [przetargi@skolyszyn.pl](mailto:przetargi@skolyszyn.pl); [gmina@skolyszyn.pl](mailto:gmina@skolyszyn.pl)

strona internetowa: <https://bip.skolyszyn.pl>

Nazwa zadania: **„Zakup i montaż mebli, wyposażenia do nowego budynku Ośrodka Zdrowia w Święcanach, na działce nr ewid. 1642/1”**

**WYKONAWCA:**

L.p.	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy informacja	Adres Wykonawcy

**Oświadczenie wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia<sup>1</sup>**

składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup i montaż mebli, wyposażenia do nowego budynku Ośrodka Zdrowia w Święcanach, na działce nr ewid. 1642/** prowadzonego przez Gminę Skołyszyn oświadczamy, co następuje:

- 1) Oświadczamy, iż następujące roboty budowlane / usługi wykonają poszczególni wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

Wykonawca (nazwa): \_\_\_\_\_ wykona: \_\_\_\_\_

Wykonawca (nazwa): \_\_\_\_\_ wykona: \_\_\_\_\_

**\* Dotyczy jedynie wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie – należy dostosować formularz do liczby wykonawców występujących wspólnie.**

**UWAGA. Plik należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/-ne do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

<sup>1</sup> Oświadczenie składa TYLKO wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia