**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Będąc upoważnionym(/mi) do działania w imieniu i na rzecz wykonawców wspólnie ubiegających się   
o udzielenie zamówienia tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa i dane adresowe Wykonawcy wchodzącego w skład podmiotów wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia |
| 1 |  |
| 2 |  |
| … |  |

działając na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp, w związku z postawionymi przez Zamawiającego warunkami udziału w postępowaniu i złożeniem oferty wspólnej, oświadczam(y), że przy realizacji zamówienia, którego przedmiotem są: **Dostawy produktów receptury aptecznej oraz produktów farmaceutycznych do żywienia dojelitowego wraz z użyczeniem urządzeń** (oznaczenie sprawy: **LAS-134-PN/43-2024.BS**), prowadzonego przez SPZOZ WSS Nr 3 w Rybniku oświadczam, że następujące dostawy wykonają poszczególni wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa Wykonawcy | Dostawy jakie będą realizowane przez Wykonawcę |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| ... |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*