**ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SWZ**

(Składany wraz z ofertą)

**Oznaczenie sprawy: 3/2023**

**Zamawiający:**

**Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem**

**ul. Szpitalna 5**

**18-200 Wysokie Mazowieckie**

**PODMIOTY W IMIENIU KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE**

…………………………………………………………………………………............................................................

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

…………………………………………………………………………………............................................................

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

**reprezentowane przez:**

……………………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW**

**WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**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 leków”, oznaczenie sprawy 3/2023,*** prowadzonego przez Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem, ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie, działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie oświadczam, że:

**Wykonawca:**

……………………………………..……………………………………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

………………….…..…………………..……………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..

**Wykonawca:**

……………………………………..……………………………………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

………………….…..…………………..……………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą.

 *……………………………………….*

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*