# Załącznik nr 6 do swz

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy:kod, miejscowość, ulica, nr lokalu |  |
| Numer telefonu |  |
| Numer faksu |  |
| E-mail |  |
| REGON |  |
| NIP |  |

OŚWIADCZENIE

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, o którym mowa w art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

w postępowaniu na „Zakup i dostawę szczepionek przeciwko wirusowi grypy

dla WSPL SP ZOZ w Koszalinie", znak sprawy ZP-3/2021/WSPL

My Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

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

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

 *(nazwa/firma Wykonawcy)*

niniejszym oświadczamy, że warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej opisany w rozdziale IX pkt. 2 2) SWZ spełnia w naszym imieniu Wykonawca/Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa Wykonawcy i adres** | **Uprawnienia/zezwolenie** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany złożony przez osobę(osoby) uprawnioną(-e)* |