**D10.251.1.E.2024**

**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Zamawiający:**

**COPERNICUS PL Sp. z o.o.**

**ul. Nowe Ogrody 1 – 6**

**80-462 Gdańsk**

**Oświadczenie Wykonawców Wspólnie ubiegających się o zamówienie dotyczące robót budowalnych, dostaw lub usług, które wykonają poszczególni Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 117 ust 4 ustawy z dnia 10 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Przebudowa pomieszczeń   
w celu utworzenia Punktu Przyjęć Planowych w Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku – Copernicus PL Sp. z o.o.”**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UPRAWNIEŃ DO PROWADZENIA OKREŚLONEJ DZIAŁANOŚCI GOSPODARCZEJ LUB ZAWODOWEJ *(jeśli dotyczy*):**

Uczestnicząc w postępowaniu wspólnie oświadczamy, że w odniesieniu do warunków dotyczących uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, określonych przez Zamawiającego w **§ IXust. 1 pkt 2) SWZ**, w/w uprawnienia posiada Wykonawca: ..……………………………………………………………………………………………………

i zrealizuje następujące roboty budowlane/ dostawy/ usługi: ……………………………, do których w/w uprawnienia są wymagane.

………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WARUNKÓW DOT. WYKSZTAŁCENIA, KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH LUB DOŚWIADCZENIA *(jeśli dotyczy)*:**

Uczestnicząc w postępowaniu wspólnie oświadczamy, że w odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia określonych przez Zamawiającego w **§ IXust. 1 pkt 2) SWZ**, w/w wyksztalcenie/kwalifikacje zawodowe/doświadczenie posiada Wykonawca:

..………*………………………………………………………………………………………………………..............................……………..*

i zrealizuje następujące roboty budowlane/ dostawy/ usługi: …………………………… , do których w/w wyksztalcenie/kwalifikacje zawodowe/doświadczenie są wymagane.

………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

\****UWAGA: dokument powinien być podpisany w sposób określony w SWZ \****