**ZAŁĄCZNIK NR 9 DO SWZ**

(Składany wraz z ofertą)

**Oznaczenie sprawy: 20/2021**

**Zamawiający:**

**Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem**

**ul. Szpitalna 5**

**18-200 Wysokie Mazowieckie**

**Wykonawca**

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

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

**reprezentowany 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. **„Przebudowa pomieszczeńPoradni Gruźlicy i Chorób Płuc w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem”**, oznaczenie sprawy **20/2021** prowadzonego przez Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie, oświadczam/y, że następujące:

- roboty budowlane:

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

wykona Wykonawca:

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

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***