***Załącznik nr 9 do SWZ***

 **Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

w Kielcach im. św. Jana Pawła II

**Wykonawca:**

………………………………………………………..……………………………

Nazwa (Firma) Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

………………………………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

…………………………………………………………………

NIP, REGON

…………………………………………………………………

Adres e-mail, numer telefonu

**OŚWIADCZENIE**

**SKŁADANE PRZEZ WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**NA PODSTAWIE ART. 117 UST. 4 USTAWY PZP**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **„Wykonanie dokumentacji projektowej wraz z uzyskaniem pozwolenia na rozbiórkę oraz rozbiórka budynków zlokalizowanych na terenie SP ZOZ MSWiA w Kielcach przy ul. Wojska Polskiego”**,prowadzonego w trybie podstawowym – negocjacje fakultatywne na podstawie art. 275 pkt 2 ustawy Pzp przez SP ZOZ MSWiA w Kielcach*,* oświadczam/-my, że następujące roboty budowlane wykonają niżej wymienieni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca (nazwa)** | **Zakres robót budowlanych, które będą realizowane przez tego Wykonawcę** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

***(Uwaga! Wymagany kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub
podpis osobisty)***