ZPZ-49/11/24 Załącznik nr 4 do SWZ

Wykonawca:

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

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

(pełna nazwa/firma, adres)

OŚWIADCZENIE

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

Będąc uczestnikami postępowania ubiegającymi się wspólnie o udzielenie zamówienia publicznego pn.:„Dzierżawa robota chirurgicznego wraz z dostawą dedykowanych chirurgicznych narzędzi robotycznych”, znak sprawy: ZPZ-49/11/24, prowadzonym przez Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie oświadczamy, iż zamówienie będzie przez nas realizowane z uwzględnieniem następującego podziału:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Część zamówienia  (krótki opis) | Wykonawca, który je wykona |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |

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

Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (odpowiednio: Podmiotu udostępniającego zasoby), zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.