Załącznik nr 7 do SWZ

**Zamawiający:**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKOŁYSZYNIE**Skołyszyn 232, 38-242 Skołyszyn, NIP 6851950756, REGON 370444492,   
Nr KRS: 0000010487

**Pełnomocnik Zamawiającego:**

**GMINA SKOŁYSZYN**

38-242 Skołyszyn 12

tel. /fax 13 4491062-64

e-mail: [przetargi@skolyszyn.pl](mailto:przetargi@skolyszyn.pl); [gmina@skolyszyn.pl](mailto:gmina@skolyszyn.pl)

strona internetowa: <https://bip.skolyszyn.pl>

Nazwa zadania: ***„Zakup i montaż mebli, wyposażenia do nowego budynku Ośrodka Zdrowia   
w Święcanach, na działce nr ewid. 1642/1*”**

**WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy informacja** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |  |

**Oświadczenie wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia[[1]](#footnote-1)**

**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. ***Zakup i montaż mebli, wyposażenia do nowego budynku Ośrodka Zdrowia w Święcanach, na działce nr ewid. 1642/*** prowadzonego przez Gminę Skołyszynoświadczamy, co następuje:

1. Oświadczamy, iż następujące roboty budowlane / usługi wykonają poszczególni wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

Wykonawca (nazwa): wykona:

Wykonawca (nazwa): wykona:

***\* Dotyczy jedynie wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie – należy dostosować formularz do liczby wykonawców występujących wspólnie.***

**UWAGA. Plik należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/-ne do składania oświadczeń woli   
w imieniu wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

1. **Oświadczenie składa TYLKO wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia** [↑](#footnote-ref-1)