*Załącznik nr 4 do SWZ*

 **Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

Jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

1. ………………………………………………………………………………….. (nazwa i adres Wykonawcy)
2. ………………………………………………………………………………….. (nazwa i adres Wykonawcy)

w postępowaniu pn. **Zakup wraz z dostawą immunoglobulinum humanum normale roztwór do infuzji dla Apteki Szpitalnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. IZP.2411.199.2024.AJ**,oświadczamy, że

1. **Warunek udziału w postępowaniu, o którym mowa w Rozdziale IX pkt 2) SWZ spełnia:**

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

*(wskazanie danych Wykonawcy spełniającego warunek)*

Oświadczamy, że wskazany powyżej Wykonawca zrealizuje przedmiot zamówienia, do którego spełnienie warunku, o których mowa w Rozdziale IX pkt 2) SWZ jest wymagane, tj. ………………………….………………….…………

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