**Załącznik nr 16 do SWZ**

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia z art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **„Usługa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej , mienia , ryzyk komunikacyjnych oraz grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków rodzin pracowników wg pakietów I-IV dla szpitala Wojskowego z przychodnią SP ZOZ w Szczecinie ”** *– znak sprawy RPoZP 34/2021 ”*

My, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba**  **(ulica, miejscowość)** | **REGON/ NIP** | **Osoby uprawnione do Reprezentacji** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Niniejszym oświadczamy, że:

1. Warunek dotyczący kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia opisany w pkt. …. SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

„***Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”***