*Załącznik nr 11 do SWZ*

*(składane, jeśli dotyczy)*

 *ZP/05/2024*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

 Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

Podmioty w imieniu których składane jest oświadczenie:

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od*

*podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od*

*podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowane przez:

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup aparatury i sprzętu medycznego**, nr postępowania: ZP/05/2024,prowadzonego przez 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu*,* oświadczam, że:

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………….

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienia publiczne:

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………….

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienia publiczne:

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

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

…………..…, dnia ………….………

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

podpis osoby/osób uprawnionych
 do reprezentacji lub pełnomocnika1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty