



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Załącznik nr 6 do SWZ
Nr sprawy: **TP 27/25**

Wykonawca:

.....

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZAMÓWIENIE
(składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy
z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych
(tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.). (dalej jako: ustawa Pzp)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego p.n.:

„Opracowanie kompletnej dokumentacji projektowej dla modernizacji Oddziału nr VII- Gastroenterologii, Hepatologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit na 2 piętrze w budynku A1 , znajdującego się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.”

prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego oświadczam, co następuje:

Ja/My, niżej podpisany/i

działając w imieniu i na rzecz:

.....

(Wykonawców wspólnie ubiegających się)

.....
.....

(adres siedziby Wykonawców wspólnie ubiegających się)

1. Oświadczam(y), że:

1.1.

(pełna nazwa jednego z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia np. członka konsorcjum lub wspólnika spółki cywilnej)

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl





Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

będzie wykonywał następujący zakres przedmiotu zamówienia*:

.....

.....

1.2.

.....

(pełna nazwa jednego z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia np. członka konsorcjum lub wspólnika spółki cywilnej)

będzie wykonywał następujący zakres przedmiotu zamówienia*:

.....

.....

***UWAGA!**

Należy wskazać które roboty budowlane, dostawy lub usługi wchodzące w zakres przedmiotu zamówienia wykonają poszczególni Wykonawcy (konsorcjanci lub wspólnicy spółki cywilnej)

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl

