***Załącznik nr 5 do SWZ.*** *Dokument składany wraz z ofertą (jeżeli dotyczy).*

……………………………………

…………………………………..

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

…………………………., dnia ……………….. r.

**OŚWIADCZENIE   
PODMIOTÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ZAMÓWIENIE   
ZGODNIE Z ART. 117 UST. 4 PZP**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu pn. **Sukcesywne dostawy wyrobów medycznych**, nr**SPZOZ.ZP.2.24.242.5.2025**, oświadczam, co następuje:

Ja niżej podpisany

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie oświadczam, że:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca wspólnie ubiegający się  o zamówienie (nazwa Wykonawcy)** | **Rodzaj usług wykonywanych przez Wykonawcę** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*/elektroniczny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/*