*Załącznik nr 5 do SWZ*

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach

ul. Przemysłowa 44; 24-200 Bełżyce

**Wykonawca:**

………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

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

**Wzór oświadczenia Wykonawców   
wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**Oświadczenie składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy   
z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych   
(Dz. U. z 2024 r., poz. 1320 z późn. zm.)**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Dostawa preparatów do dezynfekcji” (Znak postępowania: ZP/DD/10/2025)**

***Wykonawca:***

…………………………………………………..…..…………

*Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:*

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

**Wykonawca:**

…………………………………………………..…..…………

*Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:*

…………………………………………………..…..…………

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach   
są aktualne i zgodne z prawdą.**

………………………………………………………………………….

*kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*