#### Załącznik nr 4 do SWZ

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW**  **WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**  Uwaga: *Niniejsze oświadczenie należy wypełnić w sytuacji, gdy Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia.* |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zamówienia: | Jednorazowe wyroby medyczne - powtórka. |
| Numer referencyjny: | 14-P-25 |

prowadzonego przez **Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach Sp. z o.o.,** działając w imieniu Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w składzie:

*(należy podać nazwy i adresy wszystkich wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa Wykonawcy | Adres |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**oświadczam,** stosownie do postanowień art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 1320), że w ramach zamówienia, następujące roboty / usługi / dostawy, wykonają wskazani niżej Wykonawcy wspólnie ubiegający się udzielenie zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa Wykonawcy | Wykaz realizowanych robót/dostaw/usług |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *.....................................*  [data] | *.................................................................................................................................................*  [kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub elektroniczny podpis osobisty osoby / osób uprawnionych do reprezentacji] |