**Nr sprawy 9/2022/PN ZAŁĄCZNIK NR 4 DO SWZ**

Wykonawca:

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

...................................................

*(imię, nazwisko, stanowisko/*

*podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE z art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

**(podział zadań wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia
tj. konsorcjum/spółki cywilnej)**

składane w postępowaniu:

**Świadczenie usług w zakresie kompleksowego ubezpieczenia Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im J. Brudzińskiego w Bydgoszczy**

**ZADANIE nr ………**

przez nw. Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwa / Firma Wykonawcy | Adres (ulica, kod, miejscowość) | NIP |
| Wykonawca 1: |  |  |  |
| Wykonawca 2: |  |  |  |
| Wykonawca 3: |  |  |  |

1. Oświadczam(y), że warunek dotyczący **uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej** tj. posiadanie zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie zgodnym z opisem przedmiotu zamówienia lub zaświadczenia organu nadzoru nad Wykonawcą, że prowadzi on działalność ubezpieczeniową w wymaganym zakresie, spełnia(ją) w naszym imieniu nw. Wykonawca(y):

|  |
| --- |
| **Nazwa / Firma Wykonawcy,który posiada zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej** |
|  |
|  |

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący zdolności zawodowych określony w Rozdziale VI pkt 2 lit. d) SWZ tj.: **Doświadczenie zawodowe** spełnia(ją) w naszym imieniu
nw. Wykonawca(y):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa / Firma Wykonawcy** | **Zakres usług, które będą realizowane przez tego Wykonawcę** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Oświadczamy, 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.