**nr sprawy 10/2022/TP Załącznik nr 9 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE z art. 117 ust. 4 Pzp (podział zadań konsorcjantów)**

składane w postępowaniu **na Serwis pogwarancyjny wyposażenia Działu Centralnej Sterylizacji, Centralnej Dezynfektorni, Sekcji Technicznej i Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej wraz z sukcesywną dostawą materiałów zużywalnych**

przez nw. wymienionych wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielnie zamówienia:

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

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący kwalifikacji zawodowych określony w Rozdziale VI pkt 1 ppkt 2) lit. d) ppkt 1) SWZ\*spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

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

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący doświadczenia wykonawcy określony w Rozdziale VI pkt 1 ppkt 2) lit. d) ppkt 2) SWZ\* spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

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

1. Oświadczam(amy), 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.

……………..…… dnia ………….

(miejscowość)

**……………………………………………**

*Oświadczenie należy opatrzyć podpisem kwalifikowanym
lub podpisem zaufanym albo podpisem osobistym,*
*osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**Podpis dotyczy wszystkich powyższych oświadczeń.**