|  |
| --- |
| **Załącznik nr 9 do SWZ** |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW**  **wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, składane na podstawie art. 117 ust. 4 PZP**  (składane wraz ofertą - jeżeli dotyczy) |

**PODMIOT W IMIENIU KTÓREGO SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wykonawcy |  |
| Adres |  |
| NIP/PESEL, KRS/CEiDG |  |
| Osoba wyznaczona do reprezentacji Wykonawcy |  |

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Sukcesywne dostawy testów alergologicznych i autoimmunologicznych wraz z dzierżawą sprzętu laboratoryjnego dla Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu**:

1. Oświadczam(amy), że warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej określony w pkt. VII ppkt. 2.2) SWZ spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa / Firma Wykonawcy** | **Wymagane uprawnienia** | **Zakres, który będzie realizowany 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.