**Załącznik nr 5 do SWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nazwa i adres Wykonawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

**OŚWIADCZENIE   
PODMIOTÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ZAMÓWIENIE**

**ZGODNIE Z ART. 117 UST. 4 PZP**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu pn.

**Usługi w zakresie przewozu pacjentów oraz personelu medycznego**

**numer sprawy: SPZOZ.ZP.2.24.242.2.2025**

prowadzonego przez SPZOZ w Wieluniu oświadczam, co następuje:

Ja niżej podpisany

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie oświadczam, że

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie (nazwa wykonawcy)** | **Rodzaj dostaw wykonywanych przez wykonawcę** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |