*Załącznik nr 2C do SWZ*

**OŚWIADCZENIE**

**WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELNIE ZAMÓWIENIA**

składane na podstawie **art. 117 ust. 4 Pzp**

**PODMIOTY W IMIENIU KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE** *(wykazać wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielnie zamówienia):*

Nazwa Wykonawcy: ..............................................................................................................................................

*(Należy podać pełną zarejestrowaną nazwę Wykonawcy)*

Adres i siedziba Wykonawcy: .................................................................................................................................

*(Należy podać zarejestrowany adres Wykonawcy (z numerem kodu pocztowego))*

NIP/PESEL\* ..........................................................................................................................................................

KRS/CEiDG\*……………………………………………..………………………………………………………………………………………………………

*\*w zależności od podmiotu*

Nazwa Wykonawcy: ..............................................................................................................................................

*(Należy podać pełną zarejestrowaną nazwę Wykonawcy)*

Adres i siedziba Wykonawcy: .................................................................................................................................

*(Należy podać zarejestrowany adres Wykonawcy (z numerem kodu pocztowego))*

NIP/PESEL\* ..........................................................................................................................................................

KRS/CEiDG\*……………………………………………..………………………………………………………………………………………………………

*\*w zależności od podmiotu*

**reprezentowane przez:** …………………………………………………..…..…………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie** na potrzeby postępowania o udzielenie Zamówienia publicznego pod nazwą: Świadczenie usług w zakresie objęcia opieką serwisową oraz aktualizacji oprogramowania InfoMedica, AMMS objętego nadzorem autorskim producenta dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni Szpital Powiatowy im. bł. Marty Wieckiej \_- (II)**,**

**OŚWIADCZAM(AMY), CO NASTĘPUJE:**

warunek dotyczący wykształcenia, kwalifikacji zawodowych, doświadczenia wykonawcy określony w pkt. III.1.4) SWZ\* spełnia(ją) w naszym imieniu nw. wykonawca(y):

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

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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.

|  |  |
| --- | --- |
| *…..……………………..………………………………….*  *Data, miejscowość,* | *……………………..…………………………..………………………………………….*  *Podpis(y)\** |

*\*<dokument należy sporządzić w formie elektronicznej lub postaci elektronicznej i podpisać odpowiednio kwalifikowanym podpisem elektronicznym podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionej/-ych do reprezentacji Wykonawcy* *lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia >*

***UWAGA:***

*Niniejsze oświadczenie, Wykonawca dołącza do oferty składanej na ogłoszenie o zamówieniu.*