Załącznik nr 3 do SWZ

**WZÓR OŚWIADCZENIA WYKONAWCÓW**

**WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (JEŻELI DOTYCZY)**

Zamawiający:

**GMINA ŁYSOMICE**

**Ul. Warszawska 8,**

**87-148 Łysomice**

**PODMIOTY W IMIENIU KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE:**

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………..**(pełna nazwa / firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)** |
| reprezentowany przez: ……………………………………………………………………………….**(imię, nazwisko, stanowisko/ podstawa do reprezentowania)** |

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………..**(pełna nazwa / firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)** |
| reprezentowany przez: ……………………………………………………………………………….**(imię, nazwisko, stanowisko/ podstawa do reprezentowania)** |

**Oświadczenie składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r., poz. 1129 z późn. zm.) – dalej: ustawa Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **REWITALIZACJA OBSZARU ZDEGRADOWANEGO W GMINIE ŁYSOMICE** – postępowanie numer **ZP.271.14.2022**, prowadzonego przez Gminę Łysomice, działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie, że:

|  |
| --- |
| **WYKONAWCA (nazwa):** |
| **……………………………………………………………………………….** |
| **wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:** |
| **……………………………………………………………………………….****……………………………………………………………………………….****……………………………………………………………………………….** |
| **WYKONAWCA (nazwa):** |
| **……………………………………………………………………………….** |
| **wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:** |
| **……………………………………………………………………………….****……………………………………………………………………………….****……………………………………………………………………………….** |

Oświadczam, 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 przedstawieniu informacji.