**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający:**

Powiat Starachowicki

ul. dr Władysława Borkowskiego 4

27-200 Starachowice

**Wykonawca:**

……………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11.09.2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE REALIZACJI ZAKRESU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA PRZEZ POSZCZEGÓLYCH WYKONAWCÓW**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa aparatu   
do multipleksowego PCR oraz testów antygenu SARS CoV- 2 w ramach projektu pn. „Walka   
z epidemią COVID-19 na terenie Powiatu Starachowickiego”** prowadzonego przez **Kancelarię Prawną Jakóbik i Ziemba Kielce, ul. Warszawska 7 lok. 27A***,* oświadczam, co następuje:

•Wykonawca……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący kluczowy zakres przedmiotu zamówienia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………….

•Wykonawca……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący zakres przedmiotu zamówienia:……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….

•Wykonawca……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący zakres przedmiotu zamówienia:……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….

…………….…….*(miejscowość),*dnia………….…….r.

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym*