Załącznik nr 6 do SWZ

**Wzór oświadczenia Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

Znak postępowania: MOPS.271.9.2021.GN

**ZAMAWIAJĄCY:**

Zamawiający: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Włodawie

Adres: Al. J. Piłsudskiego 41, 22-200 Włodawa

Nr telefonu: 82/ 57 21 321

Adres poczty elektronicznej: mops@wlodawa.eu

Strona internetowa Zamawiającego: www.mops.wlodawa.eu

Strona BIP Zamawiającego: mopswlodawa.bip.lubelskie.pl

Godziny urzędowania: poniedziałek – piątek, godz. 7:30 – 15:30

Strona internetowa prowadzonego postępowania [URL]: https://platformazakupowa.pl/pn/wlodawa

**PODMIOT W IMIENIU KTÓREGO SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE[[1]](#footnote-1):**

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

 *(pełna nazwa/firma/imię i nazwisko, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

 *(pełna nazwa/firma/imię i nazwisko, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

**reprezentowane przez:**

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest zadanie pn.: „Świadczenie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej na potrzeby mieszkańców gminy miejskiej Włodawa”, **oświadczam, że:**

**Wykonawca:**

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

 *(pełna nazwa/firma/imię i nazwisko, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

*Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Wykonawca:**

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

 *(pełna nazwa/firma/imię i nazwisko, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

*Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.

*Podpis złożony zgodnie z wymogami rozdziału 11 SWZ*

1. Odrębne oświadczenia składa wykonawca oraz podmiot udostępniający zasoby [↑](#footnote-ref-1)