**ZP.271.5.2023 Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zamawiający:**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kosakowie

81-198 Kosakowo,

ul. Fiołkowa 2B

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawców**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***Realizacja usług według Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023*** oświadczamy,

że niżej wymienieni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia wykonają następujące usługi składające się na przedmiot zamówienia

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy, spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia | Usługa składająca się na przedmiot zamówienia, która zostanie wykonana przez Wykonawcę wskazanego w kol. 1 |
|  |  |
|  |  |

 ………………………………………………………………

 Podpis