**ZP.271.9.2024 Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zamawiający:**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kosakowie

 ul. Fiołkowa 2B

Tel.: 58 6208202

NIP: 587 15 69 970

**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 z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego– edycja 2025– 2 edycja , świadczona na zasadach zgodnych z Programem MRiPS finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego***

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