**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**………………………………………….**

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

(składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy prawo zamówień publicznych)

**Znak: SOP.3700.5.2024**

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia pn. Świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego**

Ja: …………………………………………………………………………………………………………(*imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, umocowanej zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy prawo zamówień publicznych)* działając w imieniu i na rzecz Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (Konsorcjum):

1) …………………………………………………………………………………………………..…………………… (nazwa Wykonawcy)

2) …………………………………………………………………………………………………..…………………… (nazwa Wykonawcy)

oświadczam, że wyszczególniony poniżej zakres usług zostanie zrealizowany przez następujących członków Konsorcjum:

1. Wykonawca - ……………………………. (nazwa i adres Wykonawcy) wykona następujący zakres usług w ramach realizacji zamówienia:

* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..

1. Wykonawca - ………………………… (nazwa i adres Wykonawcy) wykona następujący zakres usług w ramach realizacji zamówienia:

* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..

Dokument należy wypełnić i podpisać elektronicznym kwalifikowanym podpisem lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.