Załącznik nr 3 do SWZ

**Zamawiający:** Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia

[www.mopsgdynia.pl](http://www.mopsgdynia.pl)

**Wykonawca:** …………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….…

*(pełna nazwa / imię i nazwisko / adres)*

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

składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp

**Wykonawca:**

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest diagnoza i terapia psychologiczna dzieci z FASD, prowadzenie grup wsparcia oświadczam, że przy realizacji zamówienia poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia wykonają następujące usługi:

1. Wykonawca (nazwa): ..........................................................................................................................…

Zakres realizowanego zamówienia: …………………………………………………………………………………………………

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

1. Wykonawca (nazwa): ..........................................................................................................................…

Zakres realizowanego zamówienia: …………………………………………………………………………………………………

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

1. Wykonawca (nazwa): ..........................................................................................................................…

Zakres realizowanego zamówienia: …………………………………………………………………………………………………

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

1. Wykonawca (nazwa): ..........................................................................................................................…

Zakres realizowanego zamówienia: …………………………………………………………………………………………………

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