|  |
| --- |
| **Załącznik nr 4 do SWZ****Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych  |

**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Gminny Ośrodek Społeczny w Mikołajkach Pomorskich, ul. Dzierzgońska 2, 82-433 Mikołajki Pomorskie **pn „Świadczenie usług opiekuńczych i wsparcia rodziny w miejscu zamieszkania dla uczestników projektu pn. *„Centrum Integracji Usług Społecznych w Gminie Mikołajki Pomorskie”***  **współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lider (Wykonawca):**

Oświadczam/my, że Wykonawca ……………………………………………………………………………. *(pełna nazwa/firma,) wykona w ramach niniejszego zadania usługę/i w zakresie ……………………………………………………………………*

**Partner (Wykonawca):**

Oświadczam/my, że Wykonawca ……………………………………………………………………………. *(pełna nazwa/firma,) wykona w ramach niniejszego zadania usługę/i w zakresie ……………………………………………………………………*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **UWAGA: wymagany podpis zgodnie z postanowieniami SWZ**