Załącznik nr 6 do SWZ

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

ul. Jana Pawła II 13

00-828 Warszawa

# OŚWIADCZENIE

# o którym mowa w art. 117 ust. 4 uPzp

Oświadczamy, że podział realizacji czynności składających się na przedmiot zamówienia pomiędzy poszczególne podmioty tworzące konsorcjum przedstawia się następująco:

| **Lp.** | **Nazwa podmiotu\*** | **Rodzaj czynności** |
| --- | --- | --- |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**\***należy dostosować do ilości Wykonawców w konsorcjum

**DOKUMENT NALEŻY SPORZĄDZIĆ I ZŁOŻYĆ w formie elektronicznej podpisanej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym** **osoby/osób uprawnionej do reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.**