*Zał. nr 4 do SWZ Og.271.TP.10.2023*

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Gmina Rogowo**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Rogowo 51

87-515 Rogowo

NIP: 8921429788

**Oświadczenie**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**z art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **Usługi fizjoterapeuty na potrzeby Dziennego Domu Pobytu w Starym Kobrzyńcu oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania** prowadzonego przez Gminę Rogowo.

My, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa Wykonawcy | Siedziba  (ulica, miejscowość) | NIP | Osoby uprawnione do Reprezentacji |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Niniejszym oświadczamy, że warunek dotyczący doświadczenia opisany w SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa  Wykonawcy | Siedziba  (ulica, miejscowość) | Doświadczenie |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot zamówienia w zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
| Należy wskazać zakres: |  |

realizować będzie:

|  |  |
| --- | --- |
| Należy wskazać wykonawcę: |  |

***Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***