**Załącznik Nr 6 do SWZ**

Dane Wykonawcy

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

Pełna nazwa Wykonawcy/

NIP/PESEL, KRS/CEiDG w zależności od podmiotu

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

Adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

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

e-mail:

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYC SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA Z ART. 117 UST. 4 PZP**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania   
dla osób z zaburzeniami psychicznymi na rok 2024”,** prowadzonego przez **Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Gen. Józefa Hallera 11, 86 – 100 Świecie**

Działając jako przedstawiciel Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w składzie:

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

Oświadczam, że stosownie do art. 117 ust 4 Pzp, w ramach zamówienia pn.: **„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi na rok 2024”,** prowadzonego przez **Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Gen. Józefa Hallera 11, 86 – 100 Świecie**

następujące roboty budowlane/dostawy/usługi[[1]](#footnote-1) wykonują poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o zamówienie:

1)

2)

…………………………………………

*(podpis(y)kwalifikowany, zaufany lub osobisty elektroniczny*

*osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy,*

*w przypadku oferty wspólnej – podpis pełnomocnika wykonawców)*

1. Wybrać właściwe [↑](#footnote-ref-1)