**RZP.272.1.8.2023 Załącznik nr 8 do SWZ**

 **Zamawiający:**

Powiat Kartuski

ul. Dworcowa 1

83-300 Kartuzy

**Wykonawca:**

………………………………………………………..……………………………

Nazwa (Firma) Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

………………………………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

…………………………………………………………………

NIP, REGON

**OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**NA PODSTAWIE ART. 117 UST. 4 USTAWY PZP**

 Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne o wartości mniejszej niż równowartość kwoty 750 000 euro prowadzonego w trybie podstawowym – negocjacje fakultatywne na podstawie art. 275 pkt 2 w związku z art. 359 pkt 2 ustawy Pzp na**przeprowadzenie mobilnych terapii psychologicznych dla mieszkańców Gminy Żukowo, Somonino, Chmielno i Sulęczyno,** w ramach projektu *„Zintegrowany system usług społecznych Powiatu Kartuskiego – POKOLENIA”* współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020, przez Powiat Kartuski oświadczam/-my, że następujące usługi wykonają niżej wymienieni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca (nazwa)** | **Zakres usług, które będą realizowane przez tego Wykonawcę** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

***(Uwaga! Wymagany kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub
podpis osobisty)***