Nr sprawy: Z.271.15.2023 Załącznik nr 9 do SWZ

**Zamawiający:**

**Gmina Puszcza Mariańska - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Puszczy Mariańskiej**

**Plac T. Kościuszki 2**

**96-330 Puszcza Mariańska**

**Wykonawca:**

…...........................................................................................

…...........................................................................................

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

reprezentowany przez:

…...........................................................................................

…...........................................................................................

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

**UWAGA: Oświadczenie musi zostać podpisana** **elektronicznym podpisem kwalifikowanym lub elektronicznym podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.**

**WZÓR OŚWIADCZENIA WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH**

**SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

**\*Oświadczenie dotyczy CZĘŚCI:** …………………………

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego którego przedmiotem jest zadanie **„Świadczenie usług zapewniających tymczasowe schronienie osobom bezdomnym z terenu Gminy Puszcza Mariańska”,** działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie oświadczam, że:

Wykonawca:………………………………………………………………………………………. w*ykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:……………………………….*………………………………………………..…..………… …………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………..…..…………

Wykonawca:………………………………………………………………………………………. w*ykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:……………………………….*………………………………………………..…..………… …………………………………………………..…..………………………………………………………………

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.

Zobowiązanie należy złożyć wraz z ofertą.