**RZP.272.1.2.2024****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/PESEL (w zależności od podmiotu)

…………………………………………………………………

Adres e-mail, numer telefonu

**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 **prowadzenie specjalistycznych terapii w Centrum Usług Społecznych w Kartuzach** **w ramach trwałości projektu „Zintegrowany system usług społecznych Powiatu Kartuskiego – POKOLENIA” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego 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)***