**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Zamawiający:**

Ośrodek pomocy Społecznej

ul. Poznańska 11, 62-060 Stęszew

**Wykonawca:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Adres Wykonawcy** |  |
| **Numer NIP/PESEL, KRS/CEIDG** |  |
| **Telefon** |  |
| **e-mail** |  |

**OŚWIADCZENIE**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego   
pn. „***Świadczenie usług opiekuńczych na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania na terenie miasta i gminy Stęszew od dnia 01.01.2024r. do 31.12.2024r.”*** my Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** | **Numer NIP** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Oświadczamy, że usługi będące przedmiotem niniejszego postępowania wykonają następujący Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Wykonawcy** | **Zakres czynności, który zostanie wykonany przez poszczególnych Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie w ramach niniejszego postępowania** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

Oświadczenie należy złożyć wraz z ofertą

…………………………………………

podpisy Wykonawców/ osób upoważnionych

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub**

**podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**