**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**

**ul. Jana Sienieńskiego 19,**

**26-035 Raków**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11.09.2019 r.**

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

**DOTYCZĄCE REALIZACJI ZAKRESU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA PRZEZ POSZCZEGÓLYCH WYKONAWCÓW**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Pakiety rehabilitacyjne, edukacyjne spotkania, warsztaty i wyjazdy integracyjne wraz z działaniami prozdrowotnymi dla seniorów z Gminy Raków w ramach realizacji projektu pn. ,,Tworzenie Lokalnych Systemów Wsparcia dla Seniorów”** oświadczam, co następuje:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący kluczowy zakres przedmiotu zamówienia:……………………………………………………………

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący zakres przedmiotu zamówienia:……………………………………………………………

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący zakres przedmiotu zamówienia:……………………………………………………………

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

…………….…….*(miejscowość),*dnia………….…….r.