**Załącznik Nr 9 do SWZ**

..............................................................

(nazwa Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA   
Z ART. 117 UST. 4 PZP**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest  **Świadczenie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w miejscu ich zamieszkania**

Działając jako przedstawiciel Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w składzie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa Wykonawcy | Siedziba (ulica, miejscowość) | NIP |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczam, że stosownie do art. 117 ust 4 Pzp, w ramach zamówienia pn.: **Świadczenie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w miejscu ich zamieszkania**

następujące usługi wykonują poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o zamówienie:

1) ……………………………………….

2)……………………………………….

3)………………………………………

…………………………………………

Data ......................................... …………………...............….....

(podpis)

**UWAGA! OŚWIADCZENIE NALEŻY PODPISAĆ  
ELEKTRONICZNIE (PODPISEM KWALIFIKOWANYM LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM)**