**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zamawiający:**

Gmina Suchy Dąb, w imieniu której działa:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchym Dębie, ul. Gdańska 17A, 83-022 Suchy Dąb,   
NIP: 6040112932

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,   
w zależności od podmiotu)*

**reprezentowany przez:**

………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawców**

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

**Prawo zamówień publicznych,**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***Realizacja usług według Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026, świadczona na zasadach zgodnych z Programem MRiPS finansowanego ze środków pochodzących   
z Funduszu Solidarnościowego,***

oświadczamy,

że niżej wymienieni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia wykonają następujące usługi składające się na przedmiot zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy, spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia | Usługa składająca się na przedmiot zamówienia, która zostanie wykonana przez Wykonawcę wskazanego w kol. 1 |
|  |  |
|  |  |

………………………………………………………………

Podpis