**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**………………………………………….**

(miejscowość, data)

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

**(składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy prawo zamówień publicznych)**

**Znak: SOP.3700.2.2024**

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia pn. Świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

Ja: …………………………………………………………………………………………………………(*imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, umocowanej zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy prawo zamówień publicznych)* działając w imieniu i na rzecz Wykonawcówwspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (Konsorcjum):

1) …………………………………………………………………………………………………..…………………… (*nazwa Wykonawcy)*

2) …………………………………………………………………………………………………..…………………… (*nazwa Wykonawcy*)

oświadczam, że wyszczególniony poniżej zakres usług zostanie zrealizowany przez następujących członków Konsorcjum:

1. Wykonawca - ……………………………. (nazwa i adres Wykonawcy) wykona następujący zakres usług w ramach realizacji zamówienia:

* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..

1. Wykonawca - ………………………… (nazwa i adres Wykonawcy) wykona następujący zakres usług w ramach realizacji zamówienia:

* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..

Plik/Dokument należy podpisać **elektronicznym kwalifikowanym podpisem** lub **podpisem zaufanym** lub **podpisem osobistym** pełnomocnika ***Wykonawców*** wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia