**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Zamawiający:**

 **Dom Pomocy Społecznej nr 2 w Krośnie**

**38-400 Krosno, ul. Kletówki 7**

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o zamówienie:**

…………………………………………………

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

…………………………………………………

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

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

reprezentowani przez:

…………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

 w zakresie wskazania, które dostawy będą realizowali Wykonawcy

 w ramach zawiązanego konsorcjum firm

Działając w imieniu i na rzecz utworzonego konsorcjum oświadczam, że realizując przedmiotowe zamówienie publiczne poszczególne części tego zamówienia będą realizowane następująco:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa (Firma)** | **Siedziba/Adres**  | **Zakres realizacji zamówienia**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………….…….……….., dnia ………….……. r.

(miejscowość)

*Dokument musi być podpisany*

 *kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym*

*lub elektronicznym podpisem osobistym*