**Załącznik nr 3 do SWZ**

Dane Wykonawców:

1. ………………………………….

Pełna nazwa Wykonawcy

……………………………………….

Numer NIP lub REGON

…………………………………………….

Adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

………………………………………………..

adres e-mail

1. ……………………………..…...….

Pełna nazwa Wykonawcy

………………………………………..….

Numer NIP lub REGON

…………………………………………….

Adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

………………………………………………..

adres e-mail

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

Jako wskazani powyżej Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielnie zamówienia w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji pn., **Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2022 finansowanej z Funduszu Solidarnościowego, w Gminie Miasta Brodnicy,** oświadczamy, że w ramach realizacji ww. zadania:

1. prace w zakresie: ………………………………………………………………..… wykona …………………………………………………………………………..………………………..…
2. prace w zakresie: ………………………………………………………………….…..… wykona …………………………………………………………………………..………………………..…
3. prace w zakresie: ………………………………………………………………….…..… wykona …………………………………………………………………………..………………………..…

Miejscowość i data, ……………………………….………….