**Zał. Nr 5 do SWZ oświadczenie – grupa kapitałowa**

 **Zamawiający:**

**Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**ul. Spacerowa 5**

 **26-026 Morawica**

**NIP 657-21-87-534**

1. **REGON 000290110**

**Wykonawca:**

……………………………………………

 *(pełna nazwa/firma, adres, , KRS)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

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

Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej,
o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP

**Dot: Kompleksowe ubezpieczenie Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy**

Oświadczam, że firma, którą reprezentuję[[1]](#footnote-1):

1. [ ]  nie należy do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z żadnym z Wykonawców, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. [ ]  należy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu:
2. ……………………………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………………………
4. ..…….…………………………………………………………………………………………………….

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

1. Należy zaznaczyć odpowiednio. [↑](#footnote-ref-1)