Załącznik Nr 8 do SWZ

Nr sprawy ZP.260.13.2024

**Zamawiający:**

**Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy SPZOZ**

**09-402 Płock, ul. Kolegialna 17**

**Wykonawca:**

……………………………………………

……………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………

……………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE**

Składając ofertę w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzone w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, na podstawie art. 275 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, pn. **Usługa opieki technicznej: serwisu i subskrypcji dla systemu medycznego używanego w Mazowieckim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy SPZOZ,** oświadczam/y, że:

1. nie należę/ymy do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę \*
2. należę/ymy do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów co następujący Wykonawca/cy, który/którzy złożył/li odrębne oferty \*

* …………………………………………...........................................................................................................,

2.1 wraz z oświadczeniem składam/y następujące dokumenty bądź informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej \*:

………………………..……………………………………………………………………………………..…

……………………..………………………………………………………………………………………..…

1. Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia niniejsze Oświadczenie składa każdy z Wykonawców.*

∗ niepotrzebne skreślić

………………………………………

*kwalifikowany podpis elektroniczny,*

*podpis zaufany, podpis osobisty*

*osoby/osób uprawnionych/upoważnionych*