**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki**

**Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach**

**ul. Przemysłowa 44**

**24 – 200 Bełżyce**

**Wykonawca:**

………………………………………

………………………………………

……………………………………….

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

reprezentowany przez:

………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O PRZYNALEŻNOŚCI / BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

**o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 Ustawy PZP**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn.: **„USŁUGA ŚWIADCZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1   
W BEŁŻYCACH”.**

**zgodnie** z wymaganiami określonymi w SWZ (nr sprawy: **ZP/U/39/2023) oświadczam, że:**

**nie należę** do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2021 r., poz. 275 ze zm.), z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty/oferty częściowe w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

**należę** do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2021 r., poz. 275 ze zm.) z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty/oferty częściowe w przedmiotowym postępowaniu o udzielenia zamówienia:

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

**X – odpowiednio zaznaczyć**

………………………………………………………..

(data, kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*)*