

Zamawiający:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKOŁYSZYNIE

Skołyszyn 232, 38-242 Skołyszyn, NIP 6851950756, REGON 370444492,

Nr KRS: 0000010487

Pełnomocnik Zamawiającego:

GMINA SKOŁYSZYN

38-242 Skołyszyn 12

tel. /fax 13 4491062-64

e-mail: przetargi@skolyszyn.pl; gmina@skolyszyn.pl

strona internetowa: <https://bip.skolyszyn.pl>

Oznaczenie sprawy: GPIR.271.1.3.2023

Nazwa zadania: **„Zakup i montaż urządzeń oraz mebli i wyposażenia medycznego do nowego budynku Ośrodka Zdrowia w Świącanach, na działce nr ewid. 1642/1” - oświadczam**

WYKONAWCA:

L.p.	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy informacja	Adres Wykonawcy

Oświadczenie

Stosownie do treści art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 1710 z późn.zm.) oraz ustawy z dnia 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275) - **oświadczam /oświadczamy/**, że:

TAK

należę/ymy/ do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów z innym Wykonawcą, który złożył ofertę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego* według poniższego zestawienia:

.....
/nazwa, adres Wykonawcy/ców/

NIE

nie należę/ymy/ do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów z żadnym Wykonawcą, który złożył ofertę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego*.

....., dnia

/miejsowość, data/

Oświadczenie należy złożyć wyłącznie na wezwanie Zamawiającego

Jeżeli w postępowanie zostanie złożona tylko jedna oferta, Zamawiający odstąpi od wezwania Wykonawcy do złożenia niniejszego oświadczenia.

Plik należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/-ne do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy.