Załącznik nr 5 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA USŁUGI: | **Ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników**  **Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny** |
| ZAMAWIAJĄCY: | Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny  44-100 Gliwice, ul. Karola Miarki 12-14,  NIP: 6312691891, REGON: 000026867  KRS nr 0000846236 - Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS  [www.git.lukasiewicz.gov.pl](http://www.git.lukasiewicz.gov.pl)  tel.: +48 32 234 52 05  e-mail:[sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl](mailto:sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl) |
| WYKONAWCA: | Nazwa: ………………………………………………………………………………………  Siedziba: …………………………….………………………………………………………  NIP: ……………………………………, Regon: …………………………………………. |

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: pn. **„Ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny”**

świadom(i) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kodeksu karnego oświadczam(y), że:

1. Nie należę(ymy) do żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów.\*\*

2. Nie należę(ymy) do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów z pozostałymi wykonawcami, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu.\*\*

3. Jestem(śmy) członkami grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, w skład której wchodzą następujący Wykonawcy, którzy złożyli ofertę w niniejszym postępowaniu:\*\* *(należy wymienić):*

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

*/podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy w formie elektronicznej – podpis kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty/*

*\* w przypadku podmiotów występujących wspólnie (np. konsorcjum, spółka cywilna) oświadczenie powinien złożyć każdy podmiot (uczestnik konsorcjum, wspólnik spółki cywilnej)*

*\*\* niepotrzebne skreślić*