Załącznik Nr 3

Nazwa Wykonawcy:

…………………………………

Adres siedziby:

………………………………..

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SWZ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługę ubezpieczenia Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach SWZ nr 103/2021/Bartoszyce zwracam się z wnioskiem o udostępnienie części SWZ objętej poufnością na adres poczty elektronicznej ………………………. .w celu przygotowania oferty.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis Wykonawcy |

Załącznik nr 4

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**SZPITALA POWIATOWEGO IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH**

**SWZ NR 103/2021/BARTOSZYCE**

**PAKIET I**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia (dla zamówienia podstawowego):

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia (z uwzględnieniem prawa opcji):

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki na okres****12 m-cy** | **Wysokość składki na okres****36 m-cy** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |
| 3 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |
|  | **RAZEM**  |  |  |
|  | **Cena oferty** **(zamówienia podstawowego z uwzględnieniem prawa opcji)** |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | 10 |  |

1. Składka za ubezpieczenie zostanie rozłożona na 4 raty w każdym okresie polisowania.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

10.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |

11.Oświadczam\*, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis Wykonawcy |

\*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

*Informacja dla wykonawcy*

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym i przekazany Zamawiającemu wraz dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*

Załącznik nr 5

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**SZPITALA POWIATOWEGO IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH**

**SWZ NR 103/2021/BARTOSZYCE**

**PAKIET II**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia (dla zamówienia podstawowego):

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia (z uwzględnieniem prawa opcji):

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki na okres****12 m-cy** | **Wysokość składki na okres****36 m-cy** |
| 1 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej  |  |  |
|  | **Cena oferty** **(zamówienia podstawowego z uwzględnieniem prawa opcji)** |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | 10 |  |

1. Składka za ubezpieczenie zostanie rozłożona na 4 raty w każdym okresie polisowania.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

10.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |

11.Oświadczam\*, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis Wykonawcy |

\*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

*Informacja dla wykonawcy*

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym i przekazany Zamawiającemu wraz dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*

Załącznik nr 6

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**SZPITALA POWIATOWEGO IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH**

**SWZ NR 103/2021/BARTOSZYCE**

**PAKIET III**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia (dla zamówienia podstawowego):

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia (z uwzględnieniem prawa opcji):

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki na okres****12 m-cy** | **Wysokość składki na okres****36 m-cy** |
| 1 | Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk |  |  |
| 2 | Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego w systemie wszystkich ryzyk |  |  |
|  | **RAZEM**  |  |  |
|  | **Cena oferty** **(zamówienia podstawowego z uwzględnieniem prawa opcji)** |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula reprezentantów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula automatycznego pokrycia
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula ograniczenia zasady proporcji
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula Leeway’a
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula podatku VAT
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula szkód powstałych w wyniku prac budowlanych, remontowych i modernizacyjnych
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula rozliczenia składki
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula wartości mienia
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula nadwyżkowa do mienia ubezpieczanego w wartości księgowej brutto
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula samolikwidacji małych szkód
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula rzeczoznawców
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula niezawiadomienia w terminie o szkodzie
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula automatycznego pokrycia majątku nabytego po zebraniu danych do SWZ
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula braku składki minimalnej
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula technologiczna
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula zwiększonych kosztów działalności
 | 10 |  |
| 1. Klauzula ubezpieczenia aktów terroryzmu
 | 5 |  |
| 1. Klauzula ewakuacji
 | 5 |  |
| 1. Klauzula wznowienia limitów po powstaniu szkody
 | 10 |  |
| 1. Klauzula odstąpienia od obowiązku odtworzenia mienia
 | 10 |  |
| 1. Klauzula elementów nieuszkodzonych
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zastąpienia i części zamiennych
 | 10 |  |
| 1. Klauzula składowania
 | 10 |  |
| 1. Klauzula płatności rat
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zniesienia zasady proporcji
 | 20 |  |
| 1. Klauzula zabezpieczeń przeciwpożarowych
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zabezpieczeń przeciwkradzieżowych
 | 10 |  |
| 1. Klauzula uderzenia pojazdu własnego
 | 5 |  |
| 1. Klauzula przeniesienia mienia
 | 5 |  |
| 1. Klauzula szybkiej likwidacji szkód
 | 20 |  |
| 1. Klauzula badania okoliczności
 | 10 |  |
| 1. Klauzula 72 godzin
 | 10 |  |
| 1. Klauzula katastrofy budowlanej
 | 10 |  |
| 1. Klauzula mienia wyłączonego z eksploatacji powyżej 30 dni
 | 5 |  |
| 1. Klauzula usunięcia pozostałości po szkodzie – limit ponad sumę ubezpieczenia
 | 5 |  |
| 1. Klauzula kosztów poszukiwania przyczyny szkody
 | 10 |  |

1. Składka za ubezpieczenie zostanie rozłożona na 4 raty w każdym okresie polisowania.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:
5. Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego w systemie wszystkich ryzyk

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

10.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |

11.Oświadczam\*, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis Wykonawcy |

\*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

*Informacja dla wykonawcy*

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym i przekazany Zamawiającemu wraz dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*

Załącznik Nr 7

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**SZPITALA POWIATOWEGO IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH**

**SWZ NR 103/2021/BARTOSZYCE**

**PAKIET IV**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia (dla zamówienia podstawowego):

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia (z uwzględnieniem prawa opcji):

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki na okres****12 m-cy** | **Wysokość składki na okres****36 m-cy** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych |  |  |
| 2 | Ubezpieczenie Autocasco  |  |  |
| 3 | Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków |  |  |
| 4 | Ubezpieczenie Assistance |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |
|  | **Cena oferty** **(zamówienia podstawowego z uwzględnieniem prawa opcji)** |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula rzeczoznawców
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula akceptacji aktualnego stanu zabezpieczeń
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula ważności badań technicznych
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula holowania pojazdu specjalistycznego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula trwałych następstw zawału serca i udaru mózgu
 | 5 |  |
| 1. Klauzula współdziałania przy zbyciu pojazdu po szkodzie całkowitej
 | 5 |  |
| 1. Klauzula złamania przepisów ruchu drogowego
 | 5 |  |
| 1. Klauzula likwidacji szkód częściowych w wariancie serwisowym
 | 5 |  |

1. Składka za ubezpieczenie zostanie płatna jednorazowo w każdym okresie polisowania.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawca oświadcza, że w przypadku wyboru jego oferty w ciągu 7 dni od ogłoszenia wyników postępowania przedłoży szczegółowe rozbicie składek za wszystkie ubezpieczenia na poszczególne pojazdy.
5. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:
6. Ubezpieczenie Autocasco

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Ubezpieczenie Assistance

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

11. Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |

12.Oświadczam\*, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis Wykonawcy |

\*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

*Informacja dla wykonawcy*

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym i przekazany Zamawiającemu wraz dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*

Załącznik Nr 15

Nazwa Wykonawcy:

…………………………………

Adres siedziby:

………………………………..

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY, W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługę ubezpieczenia Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach SWZ nr 103/2021/Bartoszyce oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy (JEDZ), w zakresie podstaw wykluczenia, o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt 3 i 6 ustawy są aktualne.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis Wykonawcy |

Załącznik Nr 16

Nazwa Wykonawcy:

…………………………………

Adres siedziby:

………………………………..

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE O KTÓRYM MOWA W ART. 108 UST. 1 PKT 5 USTAWY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługę ubezpieczenia Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach SWZ nr 103/2021/Bartoszyce oświadczam, że:

nie przynależę z innymi Wykonawcami do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów\*/przynależę z Wykonawcą ……………………………..…. do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów oraz jednocześnie oświadczam, że nie zawarłem z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji a oferty zostały przygotowane niezależnie od siebie.\*

*\*Niewłaściwe skreślić*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis Wykonawcy |