*Załącznik Nr 3 do SWZ*

# *OŚWIADCZENIE O GRUPIE KAPITAŁOWEJ*

**Wykonawca:**

…………………………………………………

*(Dane Wykonawcy)*

***Wypełnić tylko jeśli dotyczy***

**Zamawiający:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy,

ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica

**Dotyczy postępowania pn. „Usługi psychologiczne, pedagogiczne oraz interwencji kryzysowej dla klientów** **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy** **Z PODZIAŁEM NA ZADANIA”.**

**Informuję, że\*:**

 nie należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów z Wykonawcami, którzy złożyli oferty w w/w postępowaniu

 należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w w/w postępowaniu:

1. nazwa podmiotu……………………………………………..……………………

2. nazwa podmiotu……………………………………………..……………………

Jednocześnie przedstawiam dowody, że powiązania z w/w Wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Panel podpisu elektronicznego:

…………….........................., dn. \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_r.

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

ELEKTRONICZNY PODPIS WYKONAWCY lub osoby

uprawnionej do składania oświadczeń woli

w imieniu Wykonawcy, w postaci:

- kwalifikowanego podpisu elektronicznego,

- **LUB** podpisu zaufanego,

- **LUB** podpisu osobistego e-dowód.

**\*Należy wybrać właściwe i zaznaczyć**