

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik nr 5 do SWZ

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

(Wypełnia Wykonawca lub pełnomocnik w przypadku Konsorcjum
albo upoważniona przez Wykonawcę osoba)

Nazwa i adres Wykonawcy (pełnomocnika w przypadku Konsorcjum):

.....

.....

Nazwa i adres Partnera/-ów: (w przypadku Konsorcjum)

.....

.....

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Zakup, dostawa, montaż, uruchomienie – posturograf z modułem translacyjnym – 1 kpl. w związku z realizacją projektu „Doposażenie poradni w ramach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego, w celu podniesienia jakości i dostępności usług medycznych na terenie województwa dolnośląskiego”

nr postępowania: PN 37/23

oświadczam, co następuje:

1. **przynależę/ nie przynależę*** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z 16.02.2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (TJ Dz. U. z 2021r. poz. 275)

*wybrać odpowiednio

2. Oświadczam, że w przypadku przynależenia do tej samej grupy kapitałowej powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)



Rzeczpospolita
Polska



**DOLNY
ŚLĄSK**

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia r.

.....

(podpis)