

**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](mailto:przetargi@skolyszyn.pl); [gmina@skolyszyn.pl](mailto:gmina@skolyszyn.pl)

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

Oznaczenie sprawy: GPIR.271.1.29.2022

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

**O ś w i a d c z e n i e**

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/y my/ 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/y my/ 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.***