*Załącznik Nr 4 do SWZ*

# *OŚWIADCZENIE O GRUPIE KAPITAŁOWEJ*

**Wykonawca:**

…………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/REGONL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Zamawiający:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy,

ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica

**Dotyczy postępowania pn. …………………………………………………………………**

**Informuję, że\*:**

nie należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076) 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076) 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**