|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy: |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Reprezentowany przez:  Imię i nazwisko, stanowisko, podstawa  do reprezentowania |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI   
DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

My, niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

.....................................................................................................................................................

*(nazwa/firma Wykonawcy)*

ubiegając się o zamówienie publiczne na:

**DOSTAWY WYROBÓW MEDYCZNYCH DO PODAŻY LEKÓW**

oświadczamy, że:

NALEŻYMY / NIE NALEŻYMY\* do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. 2024 poz. 594 z późn. zm.), o której mowa w art. 108 ust.1 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Wraz ze złożeniem oświadczenia wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

\**niepotrzebne skreślić*