**BiGK.271.1.15.2024**

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Oświadczenie**

**Wykonawcy, w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów**

**Wykonawca**

Nazwa firmy (Wykonawcy)

……………………………….……

Adres: ……………………………

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

pn.**„Zakup usług w zakresie zapewnienia ambulatoryjnej opieki lekarskiej   
i pielęgniarskiej dla mieszkańców Gminy Lidzbark- Poprawa dostępności mieszkańców do usług medycznych”**

1. Oświadczam, że należymy do tej samej grupy kapitałowej co inni Wykonawcy, którzy w tym postępowaniu złożyli oferty i przedstawiamy/nie przedstawiamy\* następujące dowody, że powiązania z innymi Wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji   
   w postępowaniu o udzielenie zamówienia\*

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

(data i *kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy* )

LUB

1. Oświadczam, że nie należymy do tej samej grupy kapitałowej z żadnym   
   z Wykonawców, którzy złożyli ofertę w niniejszym postępowaniu\*

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

(data i *kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy* )

LUB

1. Nie należymy do żadnej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. 2020 poz. 1076 z późn. zm.)\*

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

(data i *kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy* )

UWAGA

\* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić

1. *Oświadczenie składane jest na wezwanie Zamawiającego przez Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona.*