**ZAŁĄCZNIK NR 4 DO SWZ**

**INFORMACJA O PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

…………………………………………………………………………………………………...

*(pełna nazwa i adres Wykonawcy)*

Na podstawie art. 108 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych oświadczam, że: **należę / nie należę[[1]](#footnote-1)/żadne z powyższych[[2]](#footnote-2)** do tej samej grupy kapitałowej co inni Wykonawcy którzy złożyli odrębne oferty, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369, 1571 i 1667),
w postępowaniu pn**. „Dostawa odczynników, podłoży do hodowli drobnoustrojów, pasków z gradientem stężeń do oznaczania MIC drobnoustrojów, barwnika do barwienia Gramem, zestawu do hodowli bakterii beztlenowych**

**sprawa nr 16/PN/2021/ES**

…………………….., dnia …………………. …………………………………………………..

Podpis (y) Wykonawcy (ów) lub upoważnionego(ych) przedstawiciela(li) Wykonawcy(ów)

W przypadku, gdy Wykonawca **należy** do tej samej grupy kapitałowej co inni Wykonawcy którzy złożyli odrębne oferty w przedmiotowym postępowaniu wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

*Uwaga:*

*W przypadku złożenia oferty przez podmioty występujące wspólnie, wymagane oświadczenie winno być złożone przez każdy podmiot.*

**ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SWZ**

**Zamawiający:**

**Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji**

**im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher**02-637 Warszawa ul. Spartańska 1

**WYKONAWCA**

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa odczynników, podłoży do hodowli drobnoustrojów, pasków z gradientem stężeń do oznaczania MIC drobnoustrojów, barwnika do barwienia Gramem, zestawu do hodowli bakterii beztlenowych sprawa nr 16/PN/2021/ES**, prowadzonego przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, oświadczamy, że:

1. dysponujemy kompletem dokumentów wystawionych przez uprawnione jednostki, wymagane polskimi przepisami prawa (np. znak CE, Deklarację zgodności, niezbędne świadectwa, atesty, certyfikaty, pozwolenia, zgłoszenia, świadectwa rejestracji wydane przez uprawnione organy np. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Minister Zdrowia), w tym zgodne z art. 11 ustawy
z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. 2017 poz. 211 z późn. zm.),
2. do wykonania przedmiotu zamówienia użyjemy produktów posiadających świadectwa dopuszczające do obrotu na terenie RP,
3. przedmiot zamówienia spełnia wymagania polskich i europejskich norm,
4. **na każde żądanie Zamawiającego, w terminie do 3 dni od daty wezwania przedstawimy poświadczone za zgodność z oryginałem dokumenty, o których mowa w ust. 1.**

……………. *(miejscowość),* dnia ………….……. ……………..………...…………………

*Podpis (y) Wykonawcy (ów)
lub upoważnionego(ych) przedstawiciela(li) Wykonawcy(ów)*

**ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ**

**Zamawiający:**

**Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji**

**im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher**02-637 Warszawa ul. Spartańska 1

**WYKONAWCA:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Dostawa odczynników, podłoży do hodowli drobnoustrojów, pasków z gradientem stężeń do oznaczania MIC drobnoustrojów, barwnika do barwienia Gramem, zestawu do hodowli bakterii beztlenowych sprawa nr 16/PN/2021/ES** prowadzonego przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, oświadczamy, że wobec podmiotu, który reprezentujemy:

**– nie wydano** prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej
o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.

**– wydano** prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu
z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.[[3]](#footnote-3)

……………. *(miejscowość),* dnia ………….……. ………….………...…………………

*Podpis (y) Wykonawcy (ów)
lub upoważnionego(ych) przedstawiciela(li) Wykonawcy(ów)*

1. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-1)
2. dotyczy sytuacji gdy Wykonawca jest w grupie, ale nie złożył oferty [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)