**Załącznik Nr 5 do SIWZ** –

znak postępowania: ZOZ-2/2018

Wykonawca:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pełna nazwa, adres, w zależności od podmiotu:

NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

UWAGA !!!

*Niniejsze oświadczenie Wykonawca przedkłada Zamawiającemu po otwarciu ofert, w terminie trzech (3) dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej Zamawiającego informacji podanych podczas otwarcia ofert.*

**INFORMACJA**

**DOTYCZĄCA PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 39 ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. z 2017 r. poz. 1579) na zadanie pn.

„**Usługa prania bielizny szpitalnej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Szczytnie**

1. **Oświadczam**, że podmiot, który reprezentuję **nie należy** do tej samej grupy kapitałowej, co Wykonawca/Wykonawcy, który/którzy we wskazanym wyżej postępowaniu również złożył/złożyli ofertę(y)\*

2. **Oświadczam**, że podmiot, który reprezentuję **przynależy** do tej samej grupy kapitałowej, co Wykonawca/Wykonawcy, który/którzy we wskazanym wyżej postępowaniu również złożył/złożyli ofertę(y ) (nazwy i adresy Wykonawców:\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa podmiotu** | **Adres siedziby** |
|  |  |  |

3. Oświadczam, że **nie przynależę do żadnej grupy kapitałowej**\*

(\* ) niepotrzebne skreślić.

W przypadku, gdy Wykonawca należy do grupy kapitałowej, konieczne jest wymienienie w tabeli wszystkich członków tej grupy kapitałowej.

W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej Wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, że powiązania z tymi Wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu:

Przez grupę kapitałową należy rozumieć grupę w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 229 t.j.).

……………………………… ………………………………………………… (miejscowość i data) (podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)