**Załącznik Nr 6 do SWZ**

**Wykonawca:**

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Pzp**

**DOTYCZĄCE GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Świadczenie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami na terenie m. Szklarska Poręba dla 25 Osób Wymagających Wsparcia – uczestników projektu pn. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba”** dofinansowanego ze środków programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działania 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych, prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Szklarskiej Porębie

oświadczam, że:

**□ NIE NALEŻYMY** do grupy kapitałowej, z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową lub wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu **\*)**,

**□ NALEŻYMY** do tej samej grupy kapitałowej, w skład której wchodzą następujące podmioty **\*)**:

1. ……………………………………………………………….

2. ……………………………………………………………….

**\*)** właściwe zakreślić

(Uzupełniony dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.)