**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych** dotyczące **braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

*na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:*

**Usługę ubezpieczenia SP ZOZ SZPITALA POWIATOWEGO IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W OPOCZNIE (2 części)**

Ja, niżej podpisany/my, niżej podpisani:



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



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

w imieniu reprezentowanego przeze mnie/przez nas Wykonawcy:

*(pełna nazwa, adres, NIP, KRS Wykonawcy)*

**Oświadczam/oświadczamy, że nie należę/nie należymy do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.), **z innym Wykonawcą**, który złożył odrębną ofertę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam/my, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*Oświadczenie składa się w formie elektronicznej – opatrzonej przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania firmy w przedmiotowym postępowaniu* **podpisem zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym***.*