**Załącznik nr 9 do SWZ**

|  |
| --- |
| oświadczenie Wykonawcy o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej |

(Wypełnia Wykonawca lub pełnomocnik w przypadku Konsorcjum

albo upoważniona przez Wykonawcę osoba)

Nazwa i adres Wykonawcy (pełnomocnika w przypadku Konsorcjum):

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

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

Nazwa i adres Partnera/-ów: (w przypadku Konsorcjum)

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego TP 24/23 – świadczenie usługi transportu sanitarnego w zakresie przewozu pacjentów z miejsca zamieszkania do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych u Zamawiającego i powrót, prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, 51-149 Wrocław, ul. Koszarowa

oświadczam, co następuje:

1. **przynależę/ nie przynależę\*** do tej samej grupy kapitałowejw rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019r., poz. 369, 1571 i 1667 ze zm.)

\*wybrać odpowiednio

1. Oświadczam, że w przypadku przynależenia do tej samej grupy kapitałowej powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu.

……………..….……. (miejscowość), dnia ………………...……. r.

……………………..……………………………………

(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, 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.

…………….……. (miejscowość), dnia …………………………. r.

………………………………………………(podpis)