*Załącznik nr 5 do SWZ*

ZAMAWIAJĄCY:

POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o.

Szpital Powiatowy w Wieruszowie

ul. Warszawska 104, 98-400 Wieruszów

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

*Nazwa i adres Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE   
O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia o nazwie „Dostawa leków dla Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o. Szpital Powiatowy w Wieruszowie” prowadzonym na podstawie art. 275 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129), w trybie podstawowym, stosownie do art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp

ja /my\* niżej podpisany /i\* ....................................................................................................

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

reprezentując Wykonawcę\*.....................................................................................................

oświadczam/my\*, że Wykonawca **(należy zaznaczyć „X”):**

**🞏 nie należy** 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 z późn. zm.) w stosunku do Wykonawców, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

**🞏 należy** 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 z późn. zm.), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego:

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

3)………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie przekładam następujące dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej:

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

3)………………………………………………………………………………………………

…………….., dnia ………….……. r.

…………………………………………

(podpis osoby/osób upoważnionej)

\* Niepotrzebne skreślić lub pominąć.