ZOZ.V.010/DZP/26/24

Załącznik nr 7 do SWZ

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na

**Usługę opracowania Programu Funkcjonalno-Użytkowego:**

**Pakiet nr 1- wykonania przebudowy Oddziału Medycyny Paliatywnej Szpitala w Makowie Podhalańskim.**

**Pakiet nr 2- wykonanie przebudowy budynku wolnostojącego na potrzeby Działu Rehabilitacji wraz z traktem łączącym ze Szpitalem w Suchej Beskidzkiej**

(znak: ZOZ.V.010/DZP/26/24)

prowadzonego przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej

1. Oświadczam, że wykonawca, którego reprezentuję, nie przynależy 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 i 1086), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę.
2. Oświadczam, że wykonawca, którego reprezentuję, przynależy 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 i 1086), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę:

nazwa i adres podmiotu ……………………………………………..……………………

*\*rozszerzyć listę w razie potrzeby*

Jednocześnie w załączeniu przedstawiam dokumenty, informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.