**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ**

**Załącznik nr 1 1a do swz**

**System Stroboskopowy**

**Wymagane parametry techniczne**

**Przedmiot zamówienia –…………………………………………………………………………………..**

**Nazwa własna …………………………………………………........................………………….........**

**Oferowany model …………………………………………………........................…………………...**

**Producent …………………………………………………………………........................……………**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………...................……...**

**Rok produkcji 2024.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry, funkcje, cechy wyrobu** | **Warunek graniczny** | **Opis** |
|  | **Parametry techniczne kamery** |  |  |
|  | Rok produkcji **2024** | Tak |  |
|  | 2 przyciski funkcyjne umieszczone na głowicy kamery | Tak |  |
|  | Automatyczny balans bieli | Tak |  |
|  | Menu kamery dostępne z panelu dotykowego kamery | Tak |  |
|  | Długość kabla kamery min 2m max 3m | Tak |  |
|  | Waga kamery do 190 g  IP 68 | Tak |  |
|  | Obudowa kamery aluminiowa | Tak |  |
|  | Kamera min. HD.  Rozdzielczość zapisanego obrazu min. 2560x1920px dla matrycy Rolling Shutter,  Rozdzielczość obrazu na żywo globalnej migawki min. 720p, rozdzielczość ujęcia 1280x960px | Tak |  |
|  | Sensor w technologii CMOS | TAK |  |
|  | Zasilanie przez port USB 2.0 lub 3.0 | Tak |  |
|  | Zintegrowane oprogramowanie z funkcją aktualizacji | Tak |  |
|  | Aktualizacje OVA w czasie rzeczywistym dla wszystkich nowych funkcji | Tak |  |
|  | Plug & Play nie wymaga sterownika – technologia UVC | Tak |  |
|  | Kamera posiada sprzężenie zwrotne drgań w obudowie | Tak |  |
|  | Możliwość wykonywania filmów, zdjęć, stop klatka | Tak |  |
|  | Współpraca z Windows, macOS, UVC | Tak |  |
|  | **Parametry Stroboskopu** | Tak |  |
|  | Wymiary:  Adapter: max 66 x 22 x 9 mm (w x h x l)  Mikrofon: max 32 x 12 x 12 mm (w x h x l)  Źródło światła: max 70 x 20 x 20 mm (w x h x l) | Tak |  |
|  | Częstotliwość mikrofonu 70 – 1100 Hz  Źródło światła wysokiej mocy LED – 800lm – 5600K | Tak |  |
|  | Waga do 200 g | Tak |  |
|  | Obudowa aluminiowa | Tak |  |
|  | Długość kabla min 2 m max 3m | Tak |  |
|  | Zasilanie przez port USB 2.0 lub 3.0 | Tak |  |
|  | Możliwość wykonywania filmów, zdjęć, stop klatka | Tak |  |
|  | Współpraca z Windows, macOS, UVC | Tak |  |
|  | Automatyczny balans bieli | Tak |  |
|  | Pamięć usb na min. 100 badań | Tak |  |

**System Stroboskopowy w skład, którego wchodzi: pamięć usb światło stroboskopowe, mikrofon, kamera z tv adapterem, oprogramowanie.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | **System Stroboskopowy** | Kpl. | 1 |  |  |  |
| **Wartość danej części zamówienia** | | | | |  |  |

**Załącznik do umowy**

Gwarancja i serwis urządzeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu** | Warunki wymagane |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego). | min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin. |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy | Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później. |
|  | Sposób zgłaszania awarii aparatu | Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailem. |
|  | Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych | U Zamawiającego |
|  | Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu | Po max. 5 dniach roboczych |
|  | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych | Przez okres min. 10 lat |
|  | Bezpłatne przeglądy techniczne u zamawiającego nie rzadziej niż raz w roku. | W okresie gwarancji. |
|  | **Inne istotne informacje:** | Podać: |
|  | Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |
|  | Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |

**Załącznik nr 1 2b do swz**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Sterylizator parowy**

**Przedmiot zamówienia –…………………………………………………………………………………..**

**Nazwa własna …………………………………………………........................………………….........**

**Oferowany model …………………………………………………........................…………………...**

**Producent …………………………………………………………………........................……………**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………...................……...**

**Rok produkcji 2024.**

**Sterylizator parowy - 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP. | Parametry | TAK (podać) |
|  | Pojemność 28 litrów |  |
|  | Wymiary komory: 28 x 45 cm  (śred. x głęb.) |  |
|  | Wymiar tacy: 18 x 38 cm  (szer. x głęb.) |  |
|  | Wymiary zewnętrzne 48 x 60 x 45 cm  (szer. x głęb. x wys.) |  |
|  | Zasilanie 230/50 V/Hz |  |
|  | Moc pobierana 2300 W |  |
|  | Waga 53 kg |  |
|  | Ilość tac – 6 szt. |  |
|  | Tace z siatki drucianej |  |
|  | System jednokrotnego wykorzystania wody do sterylizacji |  |
|  | Posiadający Znak CE lub deklarację zgodności ze znakiem CE wystawioną przez producenta |  |
|  | Wersja próżniowa (proces B) – dla narzędzi opakowanych i nieopakowanych, wgłębionych i tekstylnych |  |
|  | System Oceny Procesu |  |
|  | Temperatura sterylizacji 121-134 0C |  |
|  | 5 programów standard + 1 program zdefiniowany przez użytkownika |  |
|  | Wymagane programy: |  |
|  | 4 programy w temperaturze 1340C |  |
|  | 1 programw temperaturze 121oC |  |
|  | Program własny modyfikowany przez użytkownika w temperaturze 1340C lub 1210C |  |
|  | Programy sterylizacyjne: min. 3 programy testowe (Vacuum Test, Bowie&Dick Test, Helix Test) |  |
|  | Załadunek: 9,0 kg narzędzi nieopakowanych |  |
|  | Załadunek: 5,0 kg narzędzi opakowanych |  |
|  | Wbudowany zbiornik na czystą wodę: 4,5l |  |
|  | Wbudowany zbiornik na zużytą wodę: 4,5l |  |
|  | Czas wstępnego podgrzewania (ze stanu zimnego) : ok.10 min |  |
|  | Mikroprocesorowe zarządzanie pracą autoklawu. Wyświetlanie aktualnego etapu procesu w j. polskim – kontrola poprawności procesu w trakcie jego trwania |  |
|  | System alarmów przerywający proces sterylizacji |  |
|  | Próżnia wstępna i frakcjonowana wytwarzana pompą próżniową |  |
|  | Suszenie przy pomocy pompy próżniowej |  |
|  | Wytwornica pary poza komorą autoklawu |  |
|  | Obrotowy stelaż na 6 tac lub 3 kontenery sterylizacyjne |  |
|  | Wyjmowany stelaż |  |
|  | Możliwość wstępnego podgrzania w pozycji "stand-by", |  |
|  | Komora sterylizacyjna i rama wykonane ze stali nierdzewnej |  |
|  | Filtr bakteriologiczny |  |
|  | System automatycznego, ryglowania oraz odblokowywania drzwi komory sterylizacyjnej |  |
|  | Licznik przeprowadzonych cykli |  |
|  | Kolorowy, dotykowy wyświetlacz |  |
|  | Akustyczny sygnał nieprawidłowości i alarmów |  |
|  | Wbudowany rejestrator cykli na Pendrive USB |  |
|  | Możliwość pracy autoklawu w sieci LAN |  |
|  | Możliwość pracy autoklawu w chmurze |  |
|  | Funkcja przypomnienia pozwalająca Użytkownikowi ustawić czy i kiedy aktywować przypomnienie o wykonaniu testów (Vacuum - Helix / B&D - Vacuum + Helix / B&D). |  |
|  | Autoklaw wyposażony w drukarkę etykiet samoprzylepnych |  |
|  | Autoklaw umożliwia zaprogramowanie startu opóźnionego. |  |
|  | Dostawa, instalacja, przeszkolenie personelu |  |
|  | Instrukcja w języku polskim |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w obrębie do 70 km |  |
|  | Instrukcja w języku polskim, paszport techniczny, karta gwarancyjna |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny |  |
|  | Dostawa, instalacja, uruchomienie i przeszkolenie personelu |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | **Sterylizator parowy** | Szt. | 1 |  |  |  |
| **Wartość danej części zamówienia** | | | | |  |  |

**Załącznik do umowy**

Gwarancja i serwis urządzeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu** | Warunki wymagane |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego). | min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin. |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy | Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później. |
|  | Sposób zgłaszania awarii aparatu | Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailem. |
|  | Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych | U Zamawiającego |
|  | Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu | Po max. 5 dniach roboczych |
|  | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych | Przez okres min. 10 lat |
|  | Bezpłatne przeglądy techniczne u zamawiającego nie rzadziej niż raz w roku. | W okresie gwarancji. |
|  | **Inne istotne informacje:** | Podać: |
|  | Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |
|  | Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  | | |
| Adres (siedziba) Wykonawcy |  | | |
| Województwo, powiat |  | KRS (jeżeli dotyczy) |  |
| NIP |  | REGON |  |
| Telefon |  | www |  |
| Osoba do kontaktu | Imię i nazwisko:  skrzynka ePUAP(jeżeli posiada): e-mail: | | |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, małym przedsiębiorstwem czy średnim przedsiębiorstwem? | [] Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem  [] Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem  [] Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem  [] Wykonawca prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą  [] Wykonawca jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  [] Inny rodzaj  (właściwą odpowiedź zaznaczyć) | | |

Oferujemy realizację zamówienia za cenę:

Dostawa: …………………………………………………………………………….

**Pakiet 1 1a**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO** | **STAWKA PODATKU VAT** | **ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO** |
|  | % |  |

Termin dostarczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)** | **TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY** |
| 30 dni od podpisania umowy |  |

Termin gwarancji:

|  |  |
| --- | --- |
| **OKRES GWARANCJI (MIN.)** | **OKRES GWARANCJI OFEROWANY** |
| 24 mies. |  |

**Pakiet 1 2b**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO** | **STAWKA PODATKU VAT** | **ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO** |
|  | % |  |

Termin dostarczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)** | **TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY** |
| 30 dni od podpisania umowy |  |

Termin gwarancji:

|  |  |
| --- | --- |
| **OKRES GWARANCJI (MIN.)** | **OKRES GWARANCJI OFEROWANY** |
| 24 mies. |  |
| 24 mies. |  |

**Oświadczamy, że:**

|  |
| --- |
| Zapoznaliśmy się ze specyfikacją wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty |
| Przyjmujemy warunki i terminy płatności |
| Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji |
| Zapoznaliśmy się z treścią załączonego do specyfikacji wzoru umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy z zamawiającym umowę sporządzoną na podstawie tego wzoru |
| Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. \*  1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).  \* W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). |

**ZAŁĄCZNIK NR 2A DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.……………………………….…………. *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21, 61-736 Poznań*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1lub art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze

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

**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.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DODATKOWYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835), oraz brzmieniu art. 5 k Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 08.04.2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L/111/1), oświadczam, że:

1. nie jestem Wykonawcę wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835);
2. nie jestem Wykonawcę, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835);
3. nie jestem Wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835).

**ZAŁĄCZNIK NR 2B DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. …………………………………………………………….. *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21, 61-736 Poznań *,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt. VIII Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**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.

**ZAŁĄCZNIK DO SWZ**

**OŚWIADCZENIE GRUPA KAPITAŁOWA**

**O KTÓREJ MOWA W ART. 108 UST. 1 PKT 5 USTAWY PZP**

Dotyczy *(nazwa postępowania)* ………………………………………………………………………prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Solna 21, 61-736 Poznań

**Wykonawca:**

………………………………………….

*pełna nazwa/firma, adres*

oświadczam, co następuje:

Oświadczam/y, że ww. Wykonawca[[1]](#footnote-1):

* **nie należy do grupy kapitałowej**, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z żadnym z wykonawców, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.
* **należy do grupy kapitałowej,** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z następującymi wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu[[2]](#footnote-2):

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

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

1. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wraz z niniejszym oświadczeniem należy przedstawić dowody (dokumenty lub inne informacje) potwierdzające, że przygotowanie oferty nastąpiło niezależnie od Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej. [↑](#footnote-ref-2)