**Zamawiający:**

**DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB PŁUC WE WROCŁAWIU**

**ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław**

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

1. **WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta zostaje złożona przez[[1]](#footnote-1)):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** | **NIP** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego realizowanego  
w trybie przetargu nieograniczonego na **Zakup urządzeń medycznych z listy pakietów-** na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych oświadczam/my, że:

* należę/ymy do 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.), o której mowa  
  w art.108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp, w skład której wchodzą następujące podmioty: \*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Podmioty należące do grupy kapitałowej |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

* nie należę/ymy do 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.), o której mowa  
  w art. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp \*.

**\* *Zaznaczyć odpowiedni kwadrat.***

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

…………………………………………

*(podpis*

1. Wykonawca modeluje tabelę powyżej w zależności od swego składu. [↑](#footnote-ref-1)